سلسلة علم النفس

إساءة وإهمال الطفل

تأليف
دكتور/ حسين فايد

١٥٠١٤
ف ٤ م

مركز المرأة للدراسات و...
ت : ٢٤٤٦٠٢٢
ت.ف : ٢٤٤٦٠٣٣
ترخيص رقم : (٧١)

إساءة وإهمال الطفل

دكتور/ حسين على فايد
كلية الآداب - جامعة حلوان

الناشر
مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
٧ ش علام حسين — ميدان الظاهر — القاهرة
ت : ٧٨٦٧١٩٨/ ٠٢ ت . فاكس : ٦٨٢٦٧٤٦/ ٠٢
محمول : ٣٤٥٠٠٤١ ٠١٠ - ٦٢٤٢٦٢٢ ٠١٠

اسم الكتاب : إساءة وإهمال الطفل
اسم المؤلف : د. حسين فايد
رقم الإيداع : ١٧٢١١ / ٢٠٠٦
الترقيم الدولى : I.S.B.N. 977 – 431 -045-4

جميع الحقوق محفوظة للناشر
ويحذر النسخ أو التصوير أو الإقتباس

الإهـــداء

إلى الآباء والأمهات رحمة بالطفولة البريئة

وإلى الباحثين فى مجال إساءة وإهمال الطفل

وإلى الزهور اليانعة أبنائي: علىّ ، فاطمة ، منار

تصدير

الأطفال نعمة من نعم الله لا تُعد ولا تحصى، رعايتهم واجبة وحمايتهم أمانة، والحفاظ على صحتهم البدنية والنفسية مسئولية عظيمة، فهم رجال ونساء الغد الذين سيتحملون المسئولية فى مجتمعاتهم (٢). لذا تعتبر مرحلة الطفولة فترة هامة فى حياة الإنسان، فكل ما يؤثر فيها من أحداث أو ظروف يترك صداه العميق فى حياته فى المستقبل بدرجة لا يمكن تجاهلها (١).

وهكذا، يبدو أن مرحلة الطفولة مهمة تحتاج إلى الرعاية والحماية، وإلى حقوق خاصة تتوافر للطفل، وتظهر مراحل نمو الطفل منذ أن كان جنيناً فى رحم أمه أن عناصر الأمن متوافرة له، ويظل فى حاجة إلى هذا الأمن وهذه الحماية، سواء فى التغذية أو السكن أو التربية لكى ينمو ويحقق كل متطلبات النمو السوى، ويظل الطفل مرتبطاً بوالديه خلال المراحل الأولى من حياته بدرجة كبيرة، ويشعر بأنها الملجأ الوحيد له من أى خطر يهدده، وعندما يشعر الطفل بوجود الأمن والحماية يصبح مستعداً لمواجهة تحديات النمو، وتتوثق علاقاته بأسرته وأصدقائه وجيرانه مما يشعره بالسعادة، ويسهم كل ذلك فى بقية مراحل حياته بشكل إيجابى (٣).

ولكن ماذا يحدث لوحل الخطر والأذى محل الأمن فى حياة الطفل، وما الذى يشعر به الطفل عندما ينشأ فى جو ملئ بالمشاحنات والخطر ويتعرض لأصناف التعذيب أو الإهمال

الوالدى، والتى تأخذ أشكالاً مختلفة مثل الإهانة من الوالـــدين، أو الحرمان، مما يؤثر فى احتياجاته الأساسية.

إن للإساءة تأثيراً عظيماً على المدى القريب والمدى البعيد فى حياة الطفل. فتؤدى الخبرات المؤلمة فى الطفولة والتى تكتسب من مواقف يدرك فيها الطفل عدم تقبل والديه أو رفضهما له، إلى تأثير عميق طويل المدى ضار بالنمو الاجتمـــاعى والشخصـــى والانفعالى للطفل، كما تضعه فى مخاطرة لنشأة المشكلات النفسية المرضية، مثل انخفاض تقـــدير الـــذات، والقلـــق، والاكتئـــاب، وصعوبات، التعلم، والعلاقات المحطمة بالراشدين، فضـــلاً عـــن العنف والشغب. أما فى أواخر المراهقة وبداية الرشـــد، فتتزايـــد احتمالية التعرض للاضطراب النفسية المرضية مثـــل التفكـــك، والاكتئاب، والانتحار، والاعتمـــاد علـــى العقـــاقير، والمـــرض السيكوسوماتى (النفسجسمى)، واضطرابات الأكل.

ويشمل الكتاب الذى بين أيدينا أربعة فصـــول، يخـــتص **الفصل الأول**، بعرض مشكلة إساءة الطفل من حيـــث انتشـــارها، وأشكالها المتنوعة، وعوامل المخاطرة وعلامات النُذر الخاصـــة بكل شكل من أشكال الإساءة. واختص **الفصل الثـــانى**، بعـــرض صدمة الطفولة من حيث تعريفها، وتذكرها، والتوجهات النظريـــة المفسرة لها. أما **الفصل الثالث**، فقد اخـــتص بتنـــاول حساســـية الرفض فى الطفولة وكيف تكون بمثابة عامل استهداف للـــرفض البينشخصى فى المراهقة والرشد. وأخيراً، اختص **الفصل الرابع**

بعرض إساءة الطفولة وعواقبها فى المراهقـة والرشـد، منهـا التفكك، واضطرابات الأكل، والانتحار، الاعتماد على العقـاقير، واضطراب التحول، والمرض السيكوسوماتى، وسوء التوافق الذى يلى كشف الإساءة الجنسية، والاكتئاب.

ولعل محتويات الكتاب بهذا الشكل تكون قد استطاعت أن تغطى مشكلة إساءة وإهمال الطفل إلى درجة مقبولة بحيث يستفيد منها الآباء والأمهات وكذلك الباحثون فى هذا الميدان.

والله من وراء القصد

دكتور/ حسين على فايد

مدينة ٦ أكتوبر ٢٠٠٦

١- انتصار يونس (١٩٩٣). السلوك الإنسانى، القاهرة، دار المعارف.
٢- جمعة يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب.
٣- سعاد البشر (٢٠٠٥). التعرض للإساءة فى الطفولة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية فى الرشد، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد (١٥)، العدد (٣) ٣٩٩ – ٤١٩.

الفصل الأول
إساءة الطفل
Child Abuse

حقائق عن مشكلة إساءة الطفل:

ربما يكون موضوع إساءة معاملة الأطفال قديماً قدم البشرية ورغم ذلك لم يُعترف به إلا حديثاً. ويمكن أن توجد تفسيرات إساءة معاملة الطفل فى الوثائق التاريخية وكذلك فى حكايات الجن والأساطير. ومع ذلك، لم يكن حتى أواخر القرن التاسع عشر حينما تم تبين إساءة معاملة الطفل، ولم يكن حتى منتصف القرن العشرين حينما سُنت قوانين حماية الأطفال. ومنذ ذلك الوقت، أصبحت إساءة معاملة وإهمال الطفل بأي صورة إهانة إجرامية فى كل ولايات الولايات المتحدة، وفى معظم – أن لم يكن كل - الدول النامية. ومع ذلك، فقد زاد عدد الحالات المقررة: تشير الإحصائيات الحالية إلي أن ١٢% على الأقل من الأطفال فى الولايات المتحدة يُساء معاملتهم بدنيا عن طريق أحد الوالدين و ٦ – ١٠% يُساء معاملتهم جنسيا بواسطة أحد الوالدين (Haugard, 1992) . وقد تم انتقاد هذه الإحصائيات بإعتبارها أقل بكثير من تقدير الحدوث الحقيقى لسوء المعاملة والإهمال فى المجتمع الأمريكي. علاوة على ذلك، فأن هذه الإحصائيات لا تعكس نسبة العملاء التى ستوجد بقضايا سوء المعاملة أو الإهمال فى

الممارسة العامة للعلاج النفسي. ولأن نسبة عملاء العلاج من المجتمع العام لهم قصص من سوء معاملة أو إهمال الأطفال، فأن الإكلينيكيين يميلون إلى مواجهة عدد كبير من العملاء الذين يقعون ضحايا فى ممارستهم العامة. وكذلك، لأن إساءة المعاملة والإهمال تميل إلى أن تتضمن تورط عبر جيلي، فأن نسبة كبيرة من الإكلينيكيين سوف تواجه عملاء راشدين أصبحوا هم أنفسهم مرتكبين لإساءة معاملة أو إهمال الأطفال فى رعايتهم.

وفى الولايات المتحدة، تتطلب القوانين المقررة مهنيين يحتمل أن يصبحوا شهوداً أو يكتسبوا معرفة أحداث خاصة بإساءة معاملة الأطفال لتسليم الأسرة أو الأفراد المذنبين إلى وكالات خدمة حماية الأطفال. وتتطلب كل الولايات مهنيين لديهم إتصال منتظم بالأطفال لتقرير الشك فى إساءة معاملة الأطفال. وهؤلاء المهنيون يشملون دائما أطباء، وممرضات، وأطباء أسنان، وهيئة حجرة طوارئ، ومحققون، وهيئة تنفيذ القانون، وفاحصين طبيين، ومهنيى صحة نفسية، وأخصائيين اجتماعيين، ومدرسين، وعملاء الرعاية اليومية (Bulkley et al., 1996) .

ومن الواضح أن مقدمي الرعاية الصحية النفسية لا يستطيعون أن يؤدوا أعمالهم بدون الحصول على بعض الألفة على الأقل بالنسبة للقوانين والإجراءات المقررة، وبدون معرفة أساسية بخصوص متى يحيلون العملاء أو أطفالهم لتقييم إضافي

وعلاج كما هو يتعلق بقضايا إساءة المعاملة التى قد تكون مرتكبة فى المنزل (Amerman & Hersen, 1992) وأن محور هذا الفصل هو تزويد الإكلينيكيين بمعلومات عن إساءة معاملة الأطفال التى ستساعدهم على اتخاذ قرارات معلومة عن متى يجب حدوث الإبلاغ عن أسرة لحماية الطفل.

ويعتبر موضوع تقدير إساءة معاملة الطفل هو موضوع جدلي بالنسبة لكثير من مهني الصحة النفسية، لأن ٥٠% من ممارسي الصحة النفسية يتقاعسون عن تقدير أحداث إساءة معاملة الطفل التى يحددونها أثناء ممارستهم (Sedlak, 1990). والأسباب بالنسبة لمثل هذا الامتناع عن التقرير (الذى يكون فيه انتهاك واضح لقوانين الولاية) تكون متعددة الجوانب. ويشير بعض الممارسين إلى أنهم لا يقررون عن حالات لأنهم لا يملكون دليلاً كافياً يثبت التقرير، ويقترح آخرون ثنائية وجدانية بخصوص التقرير إذا لم تكن الحالة المعطاه واضحة أو مغطاه بغموض فقط فى تشريع الولايات المتحدة. وبعض الممارسين يكونوا غير واضحين بالنسبة لتعريفات الإساءة والإهمال، ويتقاعسون عن التقرير بسبب هذه الصور من عدم الكفاية فى فهمهم للموضوعات (Barnett et al., 1997). ولا تعتبر بعض حالات إساءة معاملة الأطفال هكذا لأن وكالات حماية الطفل قد تصف بعض التقارير باعتبارها

غير أساسية لأنها قاصرة جداً عن تبرير تعيين مصادر لها.

وللتقاعس عن التقرير عدد من العواقب والمضمونات السلبية، تتمثل فى الآتي:

أولاً: قد يؤدى إلى إنكار الخدمات للأطفال الذين هم فى حاجة إليها.

ثانياً: يُعرض مهنيين إلى المسئولية والقلق.

ثالثاً: قد يُعاقب مهنيين قد يقررون بتوجيه العملاء إلى مهنيين معروفين لأنهم لا يقررون.

رابعاً: يشوه قاعدة البيانات القومية عن إساءة معاملة الأطفال (Zellman & Faller, 1996).

وبكلمات أخرى، فأن العوامل التى تؤدى إلى عدم التقرير أو عدم التصنيف لتفاعلات معينة بين الطفل الذى وقع عليه التعسف والراشد توصى بأن التقديرات الحالية لعدد حالات إساءة معاملة الأطفال هى أقل من التقدير الحقيقى، وتفشل فى إظهار عمق وعرض هذه المشكلة فى المجتمع المعاصر. ويجب أن تُفسر الأرقام المقدمة فى القسم التالي بهذا الإدراك فى العقل.

الأشكال المتنوعة لإساءة وإهمال الطفل

لا يمكن أن يكون فصل على قوانين تقدير إساءة الأطفال كاملاً بدون البدء فى تعريف السلوكيات التى نحن بصددها، مع أن هذا قد لا يكون سهلاً كما يمكن أن يبدو. وقد بُذلت بشكل متكرر مجهودات لتحديد الأشكال المتنوعة لإساءة معاملة الأطفال فى الكتابات الخاصة بالموضوع واللوائح القانونية. ويبدو أن إجماعاً جيداً قد بزغ بالنسبة لتعريفات إساءة المعاملة البدنية والجنسية. ومع ذلك، فإساءة المعاملة الانفعالية والإهمال هما أكثر صعوبة نوعاً ما فى الوصف. وتتمثل الأشكال الرئيسية لسوء معاملة الأطفال فى الكتابات الخاصة بالموضوع والقانون الذى تناولها فى الإساءة البدنية والإساءة الجنسية والإساءة الانفعالية والإهمال (بجميع صوره)، وبذلك الترتيب. وقد أختبر هذا الترتيب لأنه يمثل التتابع الزمنى لمتى أصبحت هذه الصور المتنوعة لإساءة الأطفال تمثل إهتماما مجتمعياً وقانونيا .

وفى النهاية، يجب ملاحظة أن موضوعات نشأة المرض وأسباب إساءة وإهمال الأطفال لا يتم تناولها فى هذا الفصل، إذا أخذنا فى الاعتبار تعقيدها وطبيعتها الجدلية. وقد ابتكرت نظريات كثيرة لتفسير حدوث إساءة وإهمال الأطفال، وقد اشتقت تلك النظريات من نظريات التعلم الإجتماعى، ونظريات التفاعل الإجتماعى، والتنشئة الاجتماعية، ونظريات التبادل الإجتماعى،

ونظريات التعلق (لمزيد من التفصيل أنظر: Barnett et al., 1997). وسوف نتناولها فى الفصول اللاحقة.

وفيما يلي سوف نلقي الضوء على أشكال الإساءة التى كشف عنها التراث النفسي فى هذا المجال.

الإساءة البدنية: Physical Abuse

يعرف والكر وزملاؤه (Walker et al., 1988) الإساءة البدنية "كتوقيع أذى مثل الكدمات، والحروق، وإصابات الرأس، والكسور، والإصابات الداخلية، والتمزقات، أو أى شكل من الأذى البدنى الذى يستمر ٤٨ ساعة على الأقل، وقد يشمل (هذا) كذلك عقاب بدنى متزايد وحبس مغلق". ويتسق هذا التعريف مع التعريف الذى قدمه أوتس (Oates, 1996)، الذى يؤكد على أن تلقي إصابة غير عرضية سُببت إما عن الطريق الخطأ أو النسيان من ناحية أحد الوالدين، فيمكن إدراجها ضمن إساءة معاملة الطفل. ويبين "أوتس" أنه بالرغم من الوضوح النسبي لتعريفات الإساءة البدنية، فأن التحديد يمكن أن ينتهي إلى أن يكون صعباً بمجرد أن يعتبر الشخص النسبة الموقفية (على سبيل المثال، تصرف عرضى مقابل تصرف متعمد). كما قد تتغاضي الفروق فى القيم الثقافية عن بعض صور العنف الشخصى دون الأخرى.

وطبقاً للأرقام المذعنة والملخصة فى بارنيت وزملائه (Barnet et al., 1997). ففى عام ١٩٩٤، فأن ٣,١٤٠,٠٠٠

تقريراً عن إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم قد عُملت لوكالات الخدمة الاجتماعية عبر الولايات المتحدة (تؤثر فى ٤٧ من ١٠٠ طفل). ومن هذه التقارير كأن مليون إساءة بدنية أساسية مخالفة للدستور. ومن التقارير الموجهة لوكالات حماية الطفل ٢٧% خاصة بإساءة الطفل بدنياً (Kolko, 1996). وفى عام ١٩٩٣، توفى ٧١٥ طفلاً بسبب الإساءة البدنية ومات ٥٢ إضافيين بسبب الإهمال البدنى. ومن ضحايا الإساءة البدنية المحددين، يكون ٥١% أصغر من ٦ سنوات فى العمر، و٢٦% يبلغوا من العمر ٦ ـ ١١ سنة، و٢٣% أعمارهم من ١٢-١٧ سنة. وإذا كأن الضحية تحت عمر ١٢ سنة، فالأكثر إحتمالاً أن يكون ذكراً من أن تكون أنثي، وإذا كأن الضحية فوق عمر ١٢ سنة فمن الأكثر أن تكون أنثي من أن يكون ذكراً.

وتوجد مخاطرة أعلى تقريراً بالنسبة للأطفال من طبقات اجتماعية إقتصادية أدنى. وتقترح بعض الأرقام أن وضع الأقلية (بصفة خاصة إذا كانوا أمريكيين من أصل إفريقي) يزيد مخاطرة الإساءة البدنية. ومع ذلك، يجب تفسير هذه النتيجة بحذر، فالإساءة والإهمال يحدثان عبر جميع الطبقات الاجتماعية الاقتصادية. وقد يعكس التمثيل المفرط للأسر الأفقر مجرد أن هؤلاء الأفراد يميلون إلى أن يكونوا أكثر عرضة لأن يتم التقرير عنهم ويكونوا غالباً

غير قادرين على البحث عن نصيحة قانونية بطريقة تمنع إحصائيات الدعاوى والتشوهات.

كما أن الأطفال ذوى الحاجات الخاصة بسبب ولادة مبتسرة أو عجز، أو تخلف عقلي يكونوا أكثر إحتمالاً كذلك لأن يقعوا ضحايا بواسطة من يتولون الإشراف عليهم، ويميل مرتكبو الإساءة البدنية إلي أن يلدوا أطفالاً فى عمر أصغر من عمر الوالدين العاديين، ويميلون إلى الحصول على طفلهم الأول فى سنوات مراهقتهم.

وبالرغم من أن البيانات تبدو أنها تحتوى على بعض التناقضات، فقد بين استنتاج حذر أن النساء أكثر من الرجال يصبحن مرتكبات لإساءة بدنية تجاه أطفالهن، وقد ترجع هذه الحقيقة إلى أن عدد النساء فى أدوار رعاية الطفل أكبر من عدد الرجال (Barnett et al., 1997).

الإساءة الجنسية Sexual Abuse:

عُرفت الإساءة الجنسية باعتبارها "انغماس أطفال ومراهقين متعمدين غير ناضجين من ناحية النمو والارتقاء فى نشاطات جنسية لا يفهمونها تماماً، وغير قادرين على إعطاء موافقة معلومة لتلك الأنشطة وينتهك ذلك المحرمات الاجتماعية لأدوار الأسرة" (Schechter & Roberge, 1976:129). وتركز مثل هذه التعريفات على أنه لا يمكن أن توجد موافقة

معلومة من جانب الطفل لأسباب تقوم على النمو والمعرفة، حتى إذا زُعم بواسطة الجانى أن الطفل قد وافق على الفعل الجنسي. علاوة على ذلك، تتضمن الإساءة الجنسية انتهاك علاقة قوة Power relationship بين الطفل الراشد تكون ابتزازية وإكراهية فى طبيعتها، إذا ما أخذنا فى الاعتبار وضع الطفل المستهدف مقابل الراشد. ويستثني هذا التعريف اللعب والاستكشاف الجنسيين بين الأطفال فى فئة إساءة الطفل لأن مثل هذا السلوك لا يتضمن موافقة غير معلومة ولا إذعان للقوة (مالم تكن بطبيعة الحال الأعمار متفاوتة بشكل مرتفع، مما قد تحتاج الإساءة الجنسية فى هذه الحالة إلى أن تُقرر).

وعلاوة على ما سبق، فقد امتدت تعريفات الإساءة الجنسية لتفسير شدة الإساءة. فيقترح لاوسون (Lawson, 1993) أنه توجد خمسة مستويات على الأقل من الإساءة الجنسية تمتد من صور خادعة إلى سادية. وتُعرف الإساءة الخادعة كتفاعلات غير إكراهية قد لا تتضمن الأعضاء التناسلية ولكنها تؤدى بشكل غير متعمد إلى الإشباع الجنسي للراشد على حساب احتياجات الطفل الانفعالية أو الإرتقائية. وقد يُتضمن ذلك أيضا بإنهاك لفظى مثل التسمية بأسماء جنسية، بصفة خاصة البنات المراهقات اللاتي يبدأن بالتواعد. وتُعرف الإساءة الإغوائية Seductive abuse كإشارة جنسية وليست بدنية للطفل (على سبيل المثال، عن طريق

إظهار عروض جنسية أو إثارة جنسية لفظية) تكون غير ملائمة بالنسبة لعمر الطفل وينهمك فيها لإشباع الراشد. وتُعرف الإساءة الجنسية المنحرفة باعتبارها سلوكاً يخزى الطفل جنسياً عن طريق السخرية من النمو الجنسي خلال البلوغ، والتشكيك فى توجه الطفل الجنسي، أو إجبار الطفل على ارتداء ملابس النوع أو الجنس الأخر، ويستخدم كل هذا لإشباع أو تسلية الراشد. وتتضمن الإساءة الجنسية الواضحة التفاعل الجنسي الفعلي بين الطفل والراشد كما فى الاتصال الجنسي والملاطفة واللعب الجنسي. أما الصورة النهائية والأكثر شدة للإساءة الجنسية، فهي الإساءة السادية والتى تُعرف باعتبارها أى سلوك جنسي يُقصد به إيذاء الطفل.

ومن التقارير الخاصة بإساءة الأطفال أو إهمالهم فى عام ١٩٩٤ (التى زادت عن ٣ مليون)، يستنتج بارنيت وزملاؤه (Barnett et al., 1997) تأسيساً على مراجعتهم لبيانات الإساءة الجنسية أن ١١% من الحالات تضمنت إساءة جنسية لمجموع من ٣٣٠٠٠٠ طفل فى عام ١٩٩٤ وحدها. ومع ذلك، فأن معدلات الإساءة الجنسية للأطفال غير موثوق فيها إلى أقصى حد، لأنه لا يوجد نظام قومى لتقرير الجرائم ضد الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، فأن الإساءة الجنسية ضد الأخوات بواسطة الأخوة الذكور هو على نحو مزمن أكثر مما هو وغير متضمن بصفة عامة فى تقديرات الإساءة الجنسية.

ويبدو أن الأطفال من سن ٧ – ١٢ سنة هم الأكثر إستهدافاً لأن يصبحوا ضحايا الإساءة الجنسية، مع أن هذا الإحصاء قد يدحض بحقيقة أن الأطفال الأصغر لا يكونوا مجرد قادرين على تقرير مثل هذه الإساءة (التى لا تكون محددة بشكل مرئى بسهولة بواسطة الراشدين فى بيئتهم). وتُحدد نساء أكثر كضحايا رغم أن "بارنيت وزملائه" (١٩٩٧) يقترحون أن التقرير الأدنى للذكور الخاص بالإساءة الجنسية قد يدحض هذا التوزيع التناسبى. وبصفة عامة، أقل من نصف كل الضحايا الموجه ضدهم الإساءة الجنسية يكشفون عن هذه الإشارة فى وقت حدوثها (Berliner & Elliott, 1996).

ويزيد احتمال أن يصبح طفل ضحية إساءة مع وجود زوج أم فى المنزل، ومع وجود أم غير عاملة، ومريضة، أو عاجزة، أو مع وجود والدين مشخصين بمرض عقلي أو باضطراب سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا.

كما يبدو أن الإساءة الجنسية تحدث بشكل أكثر شيوعاً فى المناطق الريفية منها فى المناطق المدنية، وفى الأسر التى يكون للأطفال فيها علاقات سيئة مع والديهما. وتبقى البيانات الخاصة بالوضع الاقتصادى الاجتماعى والمتغيرات المتعلقة غير استنتاجية (Barnett et al., 1997).

ويبلغ متوسط عمر مرتكب الإساءة الجنسية ٣٢,٥ سنة، مع أن متوسط العمر هذا قد يكون مرتفع جداً بسبب انخفاض التقرير الخاص بالمذنبين من الأحداث (الأصغر سناً). ويميل الرجال إلى أن يكونوا أكثر إحتمالاً لأن يصبحوا جناه جنسيين من النساء، مع اعتراف ٤-١٧% من مجتمع الذكور فى الولايات المتحدة بالتحرش الجنسي بطفل فى التقديرات المقررة ذاتياً . وقد ينخفض التقرير عند النساء كجانيات جنسيات بسبب سلوكيات أكثر خداعاً يمكن أنكارها خلال رعاية الطفل (على سبيل المثال، الاستحمام مع الأطفال الصغار).

ومن الأطفال الذين ثبت لهم تقرير إساءة جنسية، ١١% وقع عليه إساءة بواسطة أب أو زوج أم، ٤٥% بواسطة صديق أو أحد معارف الأسرة، ٢٠% بواسطة عضو آخر بالأسرة (على سبيل المثال، الأخوة، الأعمام، الأجداد)، و١١% بواسطة عزاب. وهكذا، تتضمن غالبية حالات الإساءة الجنسية جريمة بواسطة عضو أو صديق أسرة الضحية.

الإساءة الانفعالية: Emotional Abuse

يُشار إلى الإساءة الانفعالية باعتبارها إساءة نفسية (Hart et al., 1996). وقد عُرفت باعتبارها "إستخدام تهديدات لفظية متزايدة، وسخرية، وتعليقات مهينة شخصياً، وعبارات إزدرائية، وتهديدات ... إلى حد أن الرفاهية الانفعالية والعقلية قد تتعرض

للخطر" (Walker et al., 1998:8). كما بين أوتس (Oates, 1996) أن الإساءة الانفعالية تميل إلى أن تُعرف من خلال العواقب للطفل أكثر من أن تُعرف من خلال سلوك المرتكب. وهذا الشكل من الإساءة هو الأكثر صعوبة للإثبات من منظور قانونى وأقل إحتمالاً لأن يثير إهتمام وكالات حماية الطفل التى حُملت الأن بأكثر مما تطيق بتقارير خاصة بالإساءة البدنية والجنسية.

ولا يوجد إجماع بين مقدمي الرعاية الصحية والرعاية الصحية النفسية بأن الإساءة الانفعالية قد حدثت إذا برهن الطفل على مشاكل والدية مستثارة، واضطرابات سلوكية، ونمو أنفعالي مساء إليه، وكفاية اجتماعية منخفضة أو تقدير ذات منخفض (Iwanice, 1995; Barnett et al., 1991).

وقد وُصفت السلوكيات الوالدية التى قد تكون متضمنة فى خلق مثل هذه العواقب بواسطة جاربارينو وزملائه (Garbarino et al., 1986) باعتبارها تتعلق مع خمس فئات، هى: (١) **سلوكيات تتعلق بهجر أو رفض الطفل** من خلال رفض اللمس والوجدان، (٢) **سلوكيات مرعبة** تهدد الطفل بعواقب مرعبة لسلوكه ، وجعل العالم عدائياً وغير متنبئ به بالنسبة للطفل، (٣) **سلوكيات متجاهلة** تحرم الطفل من التفاعل والإثارة والفرص الكافية للتعلم والنمو، (٤) **سلوكيات عازلة** تحرم الطفل من تفاعلات وفرص اجتماعية عادية إلى خبرة كونه جزءاً من مجتمع

بشري أكبر، (٥) **والسلوكيات** الفاسدة والتى تدعم سلوكيات فى الطفل بأنه منحرف ومضاد للمجتمع، وكذلك مؤذية على نحو كامن للطفل (على سبيل المثال، إجبار الطفل على شرب الكحول، وتضمين الطفل فى أعمال إجرامية).

وقد أضاف براسارد وزملاؤه (Brassard et al., 1987) ثلاثة نماذج سلوكية إضافية للنماذج الخمسة السابقة. فقد أشاروا إلى أن سوء التنشئة والاستغلال، والحرمان المتعمد للطفل من الاستجابة الانفعالية يمكن أن تعتبر إساءة انفعالية. علاوة على ذلك، يشكل الإزعاج اللفظي خلال الذم، والنقد، والتهديد، والسخرية، والرفض، أو الانسحاب إساءة انفعالية، وبصفة خاصة إذا كان ذا طبيعة متكررة أو مستمرة (Iwanice, 1995; O'Hagan, 1993).

ويقر بارنيت وزملاءه (Barnett et al. 1997) بناء على مراجعتهم التامة للكتابات فى هذا الصدد أن ٣ – ٢٨% من حالتي الإساءة والإهمال المقررتين تأخذا صورة سوء معاملة نفسية أو إساءة انفعالية. وقد تتعلق التناقضات الكثيرة المقررة فى هذا الشكل من الإساءة الانفعالية المقررة بالصعوبات فى التعريفات الكثيرة المقررة فى هذا الشكل من الإساءة الواقعة على الطفل.

وقد أدت أعمال المسح الخاصة بالتقرير الذاتي للوالدين إلى أرقام توصي أن بين ٤٥% و ٦٣% من الوالدين يعترفون بتفاعل

واحد على الأقل مع أطفالهما، وقد يُصنف هذا كإساءة انفعالية (Daro & Gelles., 1992). ويبلغ متوسط عمر الطفل الذى وقع عليه إساءة انفعالية ٨ – ٨,٥ سنة، وأكثر من النصف أناث (٤٧% ذكور، ٥٣% أناث). كما أن الأطفال البيض فى مخاطرة أكبر من الإساءة الانفعالية من الأطفال ذوى الخلفيات الثقافية الأخرى. وكذلك يُزيد الدخل المنخفض مخاطرة الإساءة الانفعالية فى المنزل. وتُزيد المنازل ذات الأمهات بدون أقرأن أو مقدمي الرعاية العزب العاطلين مخاطرة الإساءة الانفعالية.

الإهمال: Neglect

فى النهاية ، يُحدد الإهمال عن طريق " تصرفات الإهمال التى لا يُهتم فيها بالطفل بدنياً على نحو لائق (التغذية – الأمان – التعليم – الرعاية الطبية ....إلخ) أو انفعاليا (الفشل فى عمل علاقة مع الطفل – نقص الوجدان – نقص الحب – انخفاض المساندة – عدم الرعاية – عدم الاهتمام) (Walker et al.,1988:8).

ويشير الإهمال إلى "التجاهل السلبي لاحتياجات الطفل الانفعالية، ونقص الانتباه والإثارة، وعدم الاستفادة بالرعاية ، والإشراف، والإرشاد، والتعليم والحماية الوالدية" (Iwaniec, 1995:5).

وخلال إهمال الطفل، يتقاعس الوالد عن تقديم كمية الرعاية، والتنشيط، والحماية، والتشجيع الملائمة للعمر

والضرورية التى يمكن أن تساعد الطفل على النمو إلى راشد ناضج انفعالياً وسلوكياً. والإهمال لابد أنم يُعرف، ليس فقط من خلال التقاعس الوالدى للتزويد باحتياجات الطفل التى ترجع إلى القصور الوالدى الخاص بطبيعة نفسية أو انفعالية، ولكن أيضاً بسبب القيود المفروضة بعوامل اجتماعية أو اقتصادية مثل الفقر، على سبيل المثال، قد يحدث الإهمال فى منزل لا يستطيع فيه الوالدان أن يزودوا أطفالهم بالرعاية الطبية التى يحتاج إليها الأطفال بسبب صعوبات مالية أو نقص التأمين الطبي الملائم (Barnett et al., 1997).

وقضية أخرى خاصة بتقييم الإهمال هى أن القصدية التى غالباً ما تُقدم كثنائية (ارتكاب إهمال مقصود مقابل ارتكاب إهمال غير مقصود). ومع ذلك، فأن بساطة هذه الفكرة قد تم تحديها. على سبيل المثال، أوضح إريكسون وإيجلاند (Erickson & Egeland, 1996) أن أماً من اصل أسباني قد تكون لها قيمة ثقافية للمحافظة على إتصال بدني مع طفلها فى كل الأوقات. فمثل هذه الأم قد لا تستعمل مقعداً بالسيارة وتضع طفلها بدلاً من ذلك على حجرها وهى تركب فى سيارة . ويتساءل "إريكسون وإيجلاند" ما إذا كان هذا يكون إهمالاً مقصوداً أو سلوكاً ثقافياً يحتاج إلى أن يُتغاضي عنه ويُفهم على هذا الأساس.

وقد بزغ مثال حديث آخر فى وسائل الإعلام المحلية حينما تناول زوجان سكندنافيأن الغذاء فى مطعم بمدينة نيويورك، تاركين طفلهما فى عربة رضيع خارج المطعم تحت الشباك الذي جلسا بجواره. وكأنا على إتصال بصري مع الطفل طوال الوقت. ومع ذلك، أرتعب أصحاب آخرون للمطعم وغيروا الخدمات الخاصة بحماية ألأطفال الذين وصلوا فوراً، وأخذوا الطفل فى الوصاية وأخافوا الوالدين، متهمين إياهما بالإهمال. وأُطلق سراح الوالدين بمجرد أن أتضح أنهما كأنا منغمسين فى سلوك لا يُتغاضى عنه فقط. بل يُشجع عليه فى دولتهم الأساسية حيث لا يُؤخذ الأطفال إلى المطاعم ولكن يُتركون بدلاً من ذلك تحت الأعين الحذرة لوالديهم.

ومن الواضح، أن الإهمال صعب التعريف. وتعريفه معقد على نحو أكثر بحقيقة أنه يمكن أن يأخذ صوراً كثيرة، وإعتماداً على الصورة، قد يصل إلى أنتباه مقدمي رعاية مختلفين. وإذا ما وقع نقص فى رعاية ملائمة بالناحية البدنية، فأنه قد توجد أعراض تصل إلى أنتباه مقدمي الرعاية الخاصة بالصحة النفسية أو قد يحدث الإهمال بالنسبة للمراقبة الملائمة لأمان طفل، مما يؤدى إلى حوادث أو إصابات، وقد يُعبر عن الإهمال من خلال عدم الإكتراث بـ أو التدخل فى الاحتياجات التعليمية للطفل (Oates, 1996) .

وطبقاً " لبارنيت وزملائه " (١٩٩٧)، أتضح أن حتى ٥٥% من الحالات المقررة لإساءة وإهمال الطفل تثبت كحالات

خاصة بإهمال الطفل. وتتمادي الأرقام على نطاق واسع لأنه بالرغم من أن الإهمال هو الصورة الأكثر شيوعاً لإساءة الطفل المقررة فى الولايات المتحدة، فأن المدى الواسع للمظاهر التى يمكن أن يأخذها تجعل من الصعب تعريفه. على سبيل المثال، فى أواخر الثمانيات من القرن العشرين كشفت دراسات الحوادث (كما رويت فى بارنيت وزملائه، ١٩٩٧) ١٠٣٦٠٠ حالة من الإهمال التعليمي خلال فترة زمنية واحدة مدروسة و ٥٠٧٧٠٠ حالة من الإهمال البدنى و ٢٨٥٩٠٠ حالة من الإهمال التعليمي خلال مرحلة لاحقة من الدراسة. وتؤدى مثل هذه التناقضات إلى تعريفات متغيرة للإهمال التى تطورت من تضمين أطفال كان قد تم إيذائهم فقط إلى تضمين أطفال فى مخاطرة بالنسبة للإيذاء.

ويبلغ متوسط عمر الأطفال المهملين ٦ سنوات. ومن هؤلاء الأطفال ٥١% تحت عمر ٥ سنوات، ومن هؤلاء الأطفال ٣٤% تحت عمر سنة واحدة، مما يشير إلى نقص المخاطرة بالنسبة للإهمال مع العمر. والأطفال الصغر أكثر إحتمالاً – أيضاً– من الأطفال الأكبر لتلقي إصابات خطيرة أو مهلكة بسبب الإهمال.

وتبقى فروق النوع ضحايا الإهمال غير أساسية إلى حد كبير، مما يوحى بأن الأولاد والبنات متماثلين فى المخاطرة.

وبالمثل، فأن الفروق الثقافية والسلالية غير حاسمة، مما يشير إلى عدم وجود جماعة عرقية أو سلالية فى خطر أكبر أو أقل.

وعلى الرغم مما سبق، فتزيد معدلات الإهمال مع البطالة، ونقص الدخل، وزيادة الاعتماد على المساعدة الاجتماعية. وربما تكون الحالة الإقتصادية الاجتماعية هى أقوى منبئ لإهمال الطفل فى كل الصور. وقد يكون الأطفال فى منازل بها والد واحد فى مخاطرة أعلي.

قضايا قانوينة وأخلاقية تواجه الإكلينيكي الذى يتعامل مع العميل المُساء إليه

أن الوعي بالتعريفات المقدمة إلى هذا الحد للصور المتنوعة من الإساءة والإهمال يجعل المعالجون يبدأون طريقهم ليتبينوا متى تستشار القضايا القانونية والأخلاقية لإساءة أو إهمال الأطفال فى جلسة مع العميل. وقد لا تتلازم هذه التعريفات دائماً بدقة مع اللغة المستخدمة فى تشريعات مقررة خاصة بطفل ولاية أو بلد الممارس، التى تؤكد مرة ثانية الحاجة إلى أن مقدمي رعاية الصحة النفسية يجب أن يكونوا على ألفة بقانون الولاية المتعلق بممارستهم.

وقد كانت إساءة الطفل موجودة منذ الأزمان البعيدة، حيث كأن قتل الطفل الجريمة الأكثر شيوعاً فى أوربا حتى القرن التاسع عشر. وقتل الطفل، بالرغم من أنه نادراً ما يحدث فى الولايات المتحدة وأوربا، إلا أنه يبقى شائعاً فى بعض الدول اليوم (Barnett et al., 1997). وقد قُررت الحالة الرسمية الأولي للإساءة البدنية ضد الطفل وصدر الحكم فيها فى عام ١٨٧٤ بانجلترا. تضمنت طفلة (ماري)، التى هجرتها أمها وأساءت أسرتها تربيتها. ووصلت إلى أنتباه مواطنة مهتمة لم تعرف كيف تحمى هذه الطفلة، وحيث لم تكن توجد هناك قوانين لحماية الأطفال فى ذلك الوقت. لقد اتجهت إلى الجمعية الخاصة بحماية الحيوانات

من الوحشية (SPCA)، لتناقش أن الطفلة كانت حقاً عضواً فى مملكة الحيوانات، وبذلك، استحقت نفس الحماية مثل الحيوانات الأخرى. وقُبلت هذه الحجة وعُوملت الحالة بنجاح عن طريق هذا المدخل. وإتُهمت مربية (ماري) بالضرب والجرح فى محاكمة استمرت أقل من ساعة، اتهام أدى فيما بعد إلى تأسيس الجمعية الخاصة بالحماية من الوحشية ضد الأطفال (SPPC). وكانت تلك الجمعية عبارة عن جماعة دفاع عن الأطفال الموجه ضدهم تعسف أدت فى النهاية إلى قوانين تجرم إساءة وإهمال الأطفال (Barnett et al., 1997).

وقد ظهر التشريع الأول فى الولايات المتحدة حوالي عام ١٩٠٠ بولاية نيويورك (Boylan et al., 1995). وبالرغم من أن هذا المجهود المبكر فى انجلترا وفى الولايات المتحدة، فأن حماية الطفل لم تصبح واسعة المدى أو شاملة حتى منتصف القرن العشرين. ففى ذلك الوقت، بدأ الأطباء يلاحظون ويتحدثون عن إصابات وأمراض لدى الأطفال لا يمكن أن تُفسر عن طريق أسباب بدنية معقولة. وبدأ فهم ظاهرة الإساءة البدنية ضد الطفل تنمو طوال الستينات من القرن العشرين بسبب مجهودات دكتور "كيمب" Kempe من الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال. وفى الواقع، اشترك " كيمب " فى تأليف ورقة فى عام ١٩٦٢ (عُنونت "زملة أعراض الطفل المضروب بقوة وباستمرار") نشطت فى

النهاية العملية التى ستؤدى إلى قوانين حماية دائمة للطفل فى جميع أنحـاء الولايـات المتحـدة بحلـول عـام ١٩٦٤ (Azar, 1992). وتزايدت مجهودات تجريم الإسـاءة ضـد الطفـل فـى عـام ١٩٧٤ حينمـا سـن الكـونجرس فـى الولايـات المتحـدة قـانون الوقايـة مـن المعاملة ضد إساءة الطفل الذى جعل تمويلات فيدرالية متاحـة لتلك الولايـات فـى الإتحـاد التـى سـنت قوانينـاً مقـررة بالنسـبة لإسـاءة وإهمال الطفل. وبمجرد أن شُجعت فيدرالياً القوانين المقـررة، فأنهـا شقت طريقهـا فـى كـل مـن ولايـات الولايـات المتحـدة فـى غضـون خمس سنوات. وقد دُونت القوانين المقررة الأولـي أساسـاً الأطبـاء، ورغـم ذلـك فبحلـول عـام ١٩٨٦ توسـعت معظـم الولايـات فـى التفويض ليشمل مهنيين آخرين لهم اتصـال منتظم (Zellman & Faller, 1996:361).

وعلى الرغم من أن معظم الدول الغربية قد عرفت الإسـاءة الجنسـية للطفل واستغلاله باعتبارهمـا غيـر قـانونيين، فـأن ثقافـات قليلـة قـد وجُدت أو تستمر توجد بهـا ممارسـات تتضـمن علاقـات جنسية بين الراشدين والأطفـال (علـى سبيل المثـال، السـاميبا بغانـا الجديـدة) (Barnett et al., 1997). ومـع ذلـك، تتضـمن هـذه الممارسـات احتفـالات أو طقـوس دينيـة معقـدة للمـرور ولا تمثـل معاييراً عامـة للسلوك اليومي. وحتـى الثقافـات التـى فيهـا مثـل هـذه الممارسات الجنسية قد كانـت أو تكـون مستخدمة لأسباب متنوعـة.

وفى الولايات المتحدة، لم يكن تُؤخذ الإساءة الجنسية بجدية حتى أواخر السبعينيات من القرن العشرين، عن طريق الحركة القائلة بالمساواة بين الجنسين (Oates, 1996). ولم يكن حتى عام ١٩٧٨ أن صدر قانون الإساءة الجنسية، متبوعاً فى عام ١٩٨٦ بقانون الإساءة والإباحية الجنسية ضد الطفل. وقد جعلت قوانين الكونجرس هذه استغلال الأطفال جنسياً أو استعمال الأطفال لأغراض فاحشة جريمة فيدرالية.

ولحسن الحظ بالنسبة لأطفال اليوم، فأن القوانين المقررة لإساءة الأطفال فى مستوى الولاية، التى تغطى كلاً من الإساءة الجنسية والبدنية، قد كانت سارية لثلاثة عقود تقريباً. وخلال هذا الوقت وُجدت زيادات هائلة فى عدد تقارير وقوع الأطفال ضحايا، تحمل شهادة بحقيقة أن الأطفال قد تم إساءتهم وإهمالهم بشدة وعلى نحو ممتد (Haugaard, 1992). وجميع الولايات فى الولايات المتحدة بها قوانين حماية الأطفال التى تتطلب مهنيين يتصلون بالأطفال الذين تم التعسف ضدهم بشكوى متعسفيهم لوكالة حماية الأطفال المختصة فى الولاية. وبالرغم من وجود هذا الانتظام للمتطلبات، فأن قوانين الولاية تخالف فى التفاصيل بالنسبة لكيف، وأين، ولمن تقرر حوادث إساءة الطفل؟. ومن هنا فأنه لأمر حاسم أن يصبح جميع الممارسين الفردين على ألفة تامة بقوانين حماية الأطفال الخاصة بالولاية التى يمارسون فيها (Azar, 1992).

ومع ذلك، فأن إجراءات متسقة قليلة يبدو أنها تبزغ تطبق فـى كـل الولايـات. وفـى الواقـع تتطلـب كـل الولايـات أن مقـدمي الرعاية لا يقررون فقط حوادث إساءة الأطفال التى تثبت، ولكن كذلك الحـالات التـى تحمـل مجـرد الشـك فـى الإسـاءة أو الإهمـال (Azar, 1992). ويستطيع القاضـي وحـده أن يحـدد مـا إذا كانـت الإساءة أو الإهمال يحتل أوقد أحتل مكاناً ويقرر من ستكون لـه الوصاية أو الضبط على الطفل (Bulkley et al., 1996). ويجب أن تـُعمل التقارير مباشرة بمجرد تكوين الشك أو اكتساب المعرفة الخاصة بحادثة. والأفضل عمل التقرير قبل ترك الأسرة المبنـى، لـيس فقـط لحمايـة الأطفـال، ولكـن أيضـا لحمايـة الممارسـين مـن المسئولية عـن الإصـابات للأطفـال الضـحايا إذا مـا حـدثت إسـاءة لاحقة بعد أن تغادر الأسرة وقبل أن يقرر مقدمو الرعاية شكهم أو معرفتهم (Boylan et al., 1995). وبالمثل، فـأن كـل الولايـات تتطلب فـى الواقـع أنـه إذا كـأن الطفـل فـى المبنـى وملحقاتـه الخـاص بمكاتـب مقـدمي الرعايـة واعتقـدوا أن الطفـل فـى خطـر بـارز مـن العنـف أو الإسـاءة لأن الأسـرة قد تفسر أو تـنغمس فـى سلوك آخر لتجنـب الـدعوى، فـأن علـى مقدمي الرعايـة مسئولية حمايـة الطفـل حتى يمكن لوكالة حماية الطفل أن تتولي الأمر . وبكلمات أخرى، لا يُسمح لمقدمي الرعايـة أن يعرضـوا الطفـل لوالـد متعسـف بشـدة بمجـرد أن حـددوا أن شـكاً دالاً يوجـد بـأن الطفـل سـوف يصـبح

ضحية عنف أو أن الأسرة سوف تحاول أن تفر من إقامة دعوى (Walker et al., 1988).

ولكل الولايات فى الواقع شرط فى قانونهم المقرر يحمى الممارس الذي يقرر حادثة أو شكاً فى الإساءة بإيمان طيب دون أذى من إقامة دعوى بالنسبة لخرق الثقة، أو أن لهم إعفاء لامتياز العلاقة بين العميل / المعالج، وكذلك حصانة من أى مسئولية مدنية أو جنائية قد تنشأ من التقرير (Anderson, 1996). وهذه الحصانة من إقامة الدعوى والاستثناء من السرية يجب تغطيتها فى الموافقة المعلومة التى تُقدم للعملاء الجدد قبل أن يبدأ العلاج . بالنسبة للعملاء الذين يقاومون هذه الناحية من الموافقة المعلومة أو الذين يحاولون تحدى مقدد الرعاية بعدم التمشى مع القوانين المقررة يجعل الممارس ملزماً بكتابة تقرير إساءة قد حدثت نتيجة رفض العميل ذلك. وفى الحقيقة، تفرض قوانين الولايات عقوبات ومسئولية قانونية على الممارسين الذين يتقاعسون عن تقرير حادثة أو شكاً فى إساءة وصل إلى انتباههم. ويمكن أن تشمل هذه العقوبات غرامات تصل إلى ١٠٠ دولاراً إلى ١٠٠٠ دولاراً وسجن من ٥ أيام إلى سنة واحدة (Azar, 1992).

وقد أنتُقدت الطبيعة الإلزامية لقوانين التقرير فى الولايات المتحدة ليس فقط بواسطة العملاء، ولكن كذلك بواسطة بعض الممارسين الذين يعتقدون أن قوانين التقرير سيف ذو حدين

(Meyer & Deitsch, 1996). وتراكمت بعض الأدلة بأن قوانين التقرير تحول دون دخول أسر مسيئة العلاج خوفاً من أن يتم التقرير عنهم أو لحث أولئك الذين بداوا العلاج على إنهائه بسبب التوتر فى العلاقة العلاجية (Berlin et al., 1991). وهذه مأساة خاصة حينما كان التدخل العلاجي له آمال خاصة بخلق تغيير فى الأسرة بخفض السلوك التعسفي على جانب الوالدين. وبصرف النظر عن رأي الإكلينيكيين فى هذا الموضوع، فأنه لا يوجد فى الوقت الحالي فراغاً للحكم، ويجب أن تُقرر الشكوك وحوادث الإساءة للوكالات الملائمة لحماية الطفل فى الولاية وإلا يكون المقدمون مسئولين عن تحمل العواقب القانونية لعدم إذعانهم مع قانون الولاية.

ومن المساعد فى الغالب تذكر أن التقارير الأولى، وبصفة خاصة التقارير الأولى الصغرى (إذا ما وجد مثل هذا الشئ) الخاصة بالإساءة والإهمال لا تؤدى إلى عمل كثير بواسطة وكالة حماية الطفل. وتميل هذه المكاتب إلى أن تكون مزحومة بالعمل لدرجة أنها تستجيب بالتدخل فقط فى حالات حوادث الإساءة الأولى الشديدة أو الحوادث المتعددة. وهكذا، فليس كل تقرير سوف يؤدى إلى التدخل، ومعظم التقارير سوف لا تؤدى إلى نقل الطفل. وإبقاء هذا فى الذهن وإخبار المرتكب بذلك قد يترك للإكلينيكيين مهلة ما بالنسبة لإنقاذ علاقة علاجية قادرة على العمل. علاوة على ذلك،

فأنه من المهم أن نُبقي فى الذهن أن القانون الفيدرالي ٩٦ – ٢٧٢ يطلب بذل كل المجهودات المعقولة للمحافظة على وحدة الأسرة أو لإعادة توحيد أى أسرة مفككة بسبب تقريري تعسف ضد الطفل (Bulkley et al., 1996).

وهكذا نجد أنه لأمر شرعي لخدمات حماية الطفل أن تبقي الأسر متحدة وتُقدم المساعدة للأسر التى فى مخاطرة، أى للأسر التى يتم التقرير عنها بالنسبة للإساءة أو الإهمال للطفل. وتتكون مثل هذه المساعدة (على الأقل نظرياً) من الدخول إلى دور الرعاية، ومراكز موارد الأسرة، والإرشاد أو العلاج، وتعليم الوالدين، وزيارات المنازل، وكذلك الإحالات إلى الأخوة الكبار / الأخوات الكبار، والوالدين المتحدين وجماعات المساعدة الذاتية الأخرى (Barentt et al., 1997).

عوامل المخاطرة وعلامات النذر الخاصة بإساءة وإهمال الطفل

يجب أن يكون الإكلينيكي على ألفة بمجموعتين من المعلومات ليكون مستعداً لتقييم وتقرير الحوادث أو الشكوك الخاصة بالإساءة للطفل، تتمثل فى الآتي:

أولا: يحتاج أى مهني صحة نفسية (وصحة) أن يعرف عوامل المخاطرة التى تكون مرتبطة بحدوث إساءة الطفل. ومثل هذه العوامل المحتملة المعجلة أو المساهمة لحدوث إساءة طفل يمكن أن تساعد على إثارة الشك والتساؤل الأكثر عمقاً من جانب الإكلينيكي وبذلك يغطي محور إساءة وإهمال الطفل بشكل كامل ولائق بالعملاء الذين يقدمون مخاطرة مرتفعة بصفة خاصة. وهذه العوامل يمكن أن تُقسم إلى ثلاث مجموعات أو فئات متمايزة، تتكون من سمات المرتكب، وسمات الأسرة التى يقيم فيها حاليا المرتكب والطفل، والسمات الاجتماعية الأكبر التى تساهم فى العنف بالأسرة وبصفة خاصة العنف تجاه الأطفال.

ثانياً: يجب أن يكون الإكلينيكيون على ألفة بعلامات النذر لدى الأطفال، وبذلك إذا قرر العملاء مثل هذه الخصائص والسلوكيات أو الأحداث لدى أطفالهم، فأن الإكلينيكيين يعرفون أن يتتبعوا بأسئلة خاصة بالوالدية والعلاقات بين الوالد والطفل التى

يمكن أن تؤدى إلى تقييم عوامل المخاطرة وإلى أقصي حد إلى مناقشة مع العملاء عن الإساءة والإهمال فى المنزل.

ويجب ملاحظة أن الإتقان التالي لعلامات المخاطرة والنُذر يمكن أن يُستخدم كذلك فى مساعدة العملاء الراشدين على تحديد إذا كانوا ضحايا إساءة وإهمال أنفسهم خلال طفولتهم الخاصة. وإذا كانت هذه هى الحالة، فأن المرشد أو المعالج يتحمل حينئذ مسئولية مساعدة العميل على التعامل مع خبرة الطفولة هذه بشكل ملائم فى سياق العلاج الحالي للراشد بدمج هذه القضية فى خطة العلاج الموجودة.

أولاً: عوامل المخاطرة وعلامات النُذر الخاصة بالإساءة البدنية:

حُددت سمات عديدة شائعة بين المرتكبين والأسر والمجتمعات تقرر وجود إساءة بدنية للأطفال. ويبدو أن هذه السمات تشير نحو خبرات الطفولة الممزقة الخاصة بالمرتكب، ونقص المعرفة فى ميادين كثيرة تخص الطفل الضحية، والاضطراب الأنفعالي الذى يكون فى الغالب جزءاً لا يتجزأ من خبرة الحياة الحالية للراشد. وعلى المستوى الأسرى، تقترح السمات التى تبزغ بمستوى معين من النزاع واللاتناغم الذى أدى إلى صور أخرى من العنف / أو عدم الاهتمام بالنسبة لأعضاء الأسرة الأصغر. وبالنسبة للمجتمعات التى تتغاضي بصفة عامة

عن العنف تكون موصلة لارتكاب العنف فى المنزل. وربما لهذا السبب، وُصف العقاب البدنى بأنه غير قانونى فى اسكندنافيا، واقترن هذا القانون بمجهودات متزايدة لتعليم الوالدين. وكانت هذه المبادرة ناجحة فى تخفيض معدلات الإساءة تجاه الأطفال (Oates, 1996)، مما قد يوحى بأن التدخل المجتمعي قد يكون حقاً ضرورياً لتحسين رفاهية أطفال الدولة.

وقد قررت عوامل المخاطرة أدناه بشكل متسق جداً. ومن ثم لا يشار إليها على نحو فردى. والقارئ المهتم يمكن أن يرجع إلى بارنيت وزملائه (Barentt et al., 1997) وأوتس (Oates, 1996) وهليفر وزملائه (Helfer et al., 1996)، وذلك لمزيد من التفصيل.

سمات المرتكب:

- خبرة شخصية بالإساءة والإهمال فى الطفولة.
- قدرة ضعيفة على التعلق Attach والالتزام.
- عدم النضج الانفعالي كما يدل عليه التمركز حول الأنا، وانخفاض تقدير الذات، والتنظيم الانفعالي المنخفض.
- عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات السلبية (وخاصة الغضب) بشكل ملائم.
- اندفاعية مرتفعة.
- وجود سلوك آخر عنيف أو إجرامي.

- خبرة وقوع أحداث الحياة الضاغطة عليه.
- عدم القدرة على تحمل الضغط.
- عزلة انفعالية وبينشخصية.
- عدم النضج الاجتماعي.
- حذر بالنسبة للحديث عن العلاقات الأسرية.
- قصر فى نموذج خاص بدور والدي ملائم.
- مهارات والدية سيئة.
- استخدام مفضل للعقاب البدنى.
- غضب عند أو إحباط مع الأطفال.

سمات المجتمع أو الثقافة:

- قبول العنف (أيضا خلال التغاضي عن وسائل الإعلام العنيفة).
- قبول استخدام العقاب البدنى.
- التأكيد على التنافس أكثر من التعاون.
- انخفاض المساندة الإقتصادية الاجتماعية للمدارس وانخفاض التقدير الثقافي للتعليم.
- وجود قوة تفاضلية بين الراشدين والأطفال.

سمات الأسرة:

- وجود ضغط اقتصادى إجتماعي.
- وضع اقتصادى إجتماعي أدنى أو مستوى تعليمي أدنى.

- والد منفرد أو منزل لأسرة مندمجة.
- حمل غير مرغوب فيه.
- عنف زواجي / منزلي.
- وجود استخدام لمواد مخدرة.
- وجود طفل بمزاج صعب.
- عدم مضاهاة مزاج الوالد والطفل.
- وجود طفل مريض طبياً أو كثير المطالب من الناحية البدنية.

وبالإضافة إلى الحاجة لحسن الإطلاع والوعي بعوامل المخاطرة هذه، فأن الإكلينيكي لابد أن يعرف أيضاً ما هى علامات النُذر التى قد يُعبر عنها الأطفال ضحايا الإساءة. ويمكن أن تُستخدم هذه العلامات كنقطة الانطلاق بالنسبة لتجميع بيانات عن الراشد الذى يُري، وقد تؤدى كذلك إلى تقييم أكثر شمولاً لمهارات والدية. وليست كل علامات النُذر المقدمة أدناه فريدة للأطفال الذين قد كان يوجه إليهم إساءة بدنية، فكثيراً منها يلاحظ فى الأطفال الموجه إليهم إساءة جنسية أو انفعالية، ويوجد بعضها لدى الأطفال الذين لم يخبروا إساءة على الإطلاق. ومن ثم فأن وجود أى من هذه العلامات والأعراض غير شاملة إطلاقاً . أنها مجرد راية حمراء يتحمل الإكلينيكي مسئولية سيرها فيما بعد. والعلامات والأعراض

المتفق عليها بشكل شائع والمدونة أدناه مجمعة من مصادر متنوعة مثل جيل (Gil, 1991) وماير وديتش (Meyer & Deitsch, 1996)، وأوتس (Oates, 1996). ويمكن أن تجمع فى أعراض بدنية وسلوكية وانفعالية.

العلامات السلوكية لدى الطفل الضحية للإساءة البدنية:

- الاستهداف للحوادث.
- مشاكل أكاديمية.
- مشاكل اجتماعية أو علاقات ضعيفة مع الرفاق.
- العزلة الاجتماعية والانسحاب.
- الانكماش من الاتصال البدنى.
- السلوك المؤذى للذات أو الأنتحارى.
- التدميرية، وعدم الاتساق، والعدانية، أو النجاح.
- مقاومة لارتداء ملابس عادية (ليس بسبب فقر الوالدين).
- استخدام المخدرات.
- تجنب الوالدين معاً أو أحد الوالدين.
- غياب متكرر من المدرسة.

علامات انفعالية / نفسية لدى الطفل الضحية للإساءة البدنية:

- تقدير ذات منخفض.

- الرهبة.
- الإفراط فى الحذر.
- المعارضة.
- الارتياب.

علامات بدنية فى الطفل الضحية للإساءة البدنية:

- إصابات لا تفسير لها.
- حوادث متكررة أو زيادات متكررة لحجرة الطوارئ.
- كدمات ، وحروق ، وبقع صلعاء لا تفسير لها أو نزف دموى.
- إساءة استخدام المواد المخدرة.

ثانياً: عوامل المخاطرة وعلامات النُذر الخاصة بالإساءة الجنسية:

فيما يتعلق بعوامل المخاطرة للإساءة البدنية، فقد بزغت السمات المتسقة للمرتكب والأسرة والمجتمع التى تُقترح – أيضاً – للإساءة الجنسية للأطفال. وهذه السمات لها الكثير الذى يشترك مع السمات المدونة بالنسبة للإساءة البدنية، ولكن بعض الفروق الملحوظة موجودة كذلك. على سبيل المثال، يوجد تركيز أقوى على جنسية غير ملائمة فى نطاق الأسرة، بلغة نقص الحدود الملائمة والاتصال الضعيف بخصوص الجنسية والعلاقات الجنسية. وبالنسبة للمرتكب، فأن التغاضي الشديد بالنسبة

لانتهاك الثقة الموضوعة فى الراشد بواسطة الطفل يكون ملحوظاً، وحيث عدم الإكتراث لاحتياجات الطفل الانفعالية والبدنية لصالح إهتمام مفرط بالنسبة للإشباع وتحقيق الحاجة. وبالنسبة للقضايا الاجتماعية أو المجتمعية، فأنه جدير بالاعتبار أن العنف ضد المرأة يتم التغاضي عنه، حيث يوجد تفاضل قوى عام بين النساء والرجال والأطفال والراشدين. وبرغم هذه السمات الخاصة التى تتعلق بصفة خاصة بالإساءة الجنسية، فأنه من المعقول بشكل محتمل الاستنتاج بأنه يوجد تشابهات أكثر من الفروق وأن مجموعة شائعة من السمات توجد متغلغلة عبر أطياف الإساءة (وربما حتى الإهمال). وعوامل المخاطرة الأكثر ذكراً بشكل شائع، أو السمات، بالنسبة للإساءة الجنسية يمكن أن تُدرس أكثر من ذلك فى بارنيت وزملائه (Barnett et al., 1997) وباركهاردت وروتاتاري (Burkhardt & Rotatary, 1995) وأوتس (Oates, 1996) ويمكن تلخيص تلك العوامل أدناه.

سمات المرتكب:

- خبرة شخصية خاصة بالإساءة الجنسية فى الطفولة.
- ضعف القدرة على التعلق أو الاتصال.
- ضعف القدرة على التعبير عن الوجدان البدنى.
- عدم النضج الأنفعالي كما يدل عليه تمركز الأنا، وانخفاض تقدير الذات، وانخفاض التنظيم الأنفعالي.

- احتياجات التنظيم الأنفعالي.
- احتياجات قوية للإشباع المباشر.
- احتياجات قوية للإعتمادية.
- الحذر بالنسبة للحديث عن العلاقات الأسرية.
- مهارات والدية ضعيفة.
- نقص نموذج ملائم للدور الوالدى فى الطفولة.
- وعى ضعيف باحتياجات الأطفال النفسية والأنفاعلية.
- وضع الاحتياجات الشخصية فوق تلك الخاصة بالأطفال فى المنزل.

سمات الأسرة:

- منزل بدون أب أو بزوج أم أو رفيق أم.
- غياب متكرر للأم.
- أم مستخدمة، أو مريضة، أو عاجزة.
- نقص الاتصال الملائم الخاص بالجنسية يؤدى إلى نقص المعرفة لدى الطفل.
- علاقة ضعيفة بين الطفل وأحد الوالدين على الأقل.
- قبول مرتفع للعرى الأسرى ونقص الخصوصية.
- العنف الزواجى / المنزلى وصراع والدى آخر.
- وجود إساءة استخدام المواد المخدرة.

ويوجد عدد من أعراض وعلامات لدى الطفل ضحية الإساءة الجنسية الذى يتطلب سبراً (عمقاً) إضافياً لاحتمال وجود اشتهاء محارم أو سلوك مماثل غير ملائم جنسياً فى الأسرة. وهذه العلامات والأعراض لها مرة ثانية بعض التداخل مع تلك الخاصة بالأطفال المساء إليهم بدنيا. ولكن عدد من العلامات فريدة تماماً لضحايا الإساءة الجنسية ومشيرة تماماً لمشكلة الإساءة الجنسية بالمنزل. وستكون هذه واضحة من تتبع القائمة التالية، ولكن يمكن أن تخلص بتبين التأكيد على العمل الجنسي، والسلوك ذى الصبغة الجنسية مع أطفال أو راشدين آخرين، وأمراض تتضمن أعضاء تناسلية. ويحتاج مقدمو رعاية الصحة النفسية أن يتخذوا رعاية تكون واعية بأهمية الأعراض وتقود إلى تقييم كامل حينما تبزغ هذه العلامات من الحديث مع العملاء الراشدين مع أطفالهم. والقائمة التالية الخاصة بعلامات نذر تم تجميعها من مصادر تشمل باركهاردت وروتاتاري (Bukhardt & Rotatari, 1995).

العلامات السلوكية لدى الطفل ضحية الإساءة الجنسية:

- سلوك جنسي أو مثير جنسياً (مثل اتصال جنسي غير مشروع، أو نشاط خاص بلعب ذي صبغة جنسية مع أطفال آخرين).
- فهم جنسي مبكر النضج.

- لغة جنسية.
- عمل جنسي مع أطفال آخرين.
- استحمام متزايد.
- تغير فى السلوك مفاجئ لا تفسير له.
- تجنب الوالدين أو أحدهما.
- سلوك هروبي.
- امتلاك مال أو نقود غير ممنوحة بشكل فجائي.

علامات إنفاعلية / نفسية لدى الطفل ضحية الإساءة الجنسية:

- انخفاض تقدير الذات.
- عدم الشعور بالأمن.
- سرية متزايدة.

علامات بدنية وطبية لدى الطفل ضحية الإساءة الجنسية:

- أمراض منقولة جنسياً.
- اضطرابات خاصة بالإهمال.
- أمراض وإصابات تتضمن الأعضاء التناسلية (على سبيل المثال، ألم، طفح، هرش، إصابات الجهاز البولي).
- اضطرابات نفسجسيمة (مثل ، الأصدعة ، آلام المعدة).
- اضطرابات الأكل.

ثالثاً: عوامل المخاطرة وعلامات النُذر للإساءة الانفعالية أو الإهمال:

أن عوامل المخاطرة وعلامات النذر الخاصة بالإساءة الانفعالية وكل صور الإهمال متماثلة بشكل مُنهار بالنسبة لأغراض هذه المناقشة. فعوامل المخاطرة بالنسبة للإساءة الانفعالية وكل صور الإهمال تبزغ من التداخل مع تلك الخاصة بالإساءة البدنية والجنسية ولكنها تشير نحو مشاكل التعلق Attachment والنماء Developmental، كما أنها أكثر شدة بين المرتكبين. وتميل الأسر إلى أن تكون منعزلة إجتماعياً بتدعيمات ضعيفة متاحة داخل وخارج الأسرة. ومع ذلك، فالعزلة الاجتماعية Social Isolation ليست سهلة التحديد دائماً مثل ملاحظة غياب الاتصالات مع الأخرين. كما يمكن أن تحدث العزلة الانفعالية Emotional Isolation كذلك أو نقص الود فى سياقات ما يبدو أنها حياة اجتماعية نشطة.

وفى النهاية، فالبرغم من أن اضطرابات استخدام المواد المخدرة مرتبطة بكل أشكال الإساءة والإهمال، فتبدو الإساءة الانفعالية أكثر تعلقاً بمرض سيكاتري آخر (بصفة خاصة الإكتئاب) من أشكال أخرى من إساءة معاملة الطفل. ويبدو- أيضاً- أن الإساءة الانفعالية والإهمال أكثر إحتمالا لأن يكونا مرتبطين إجتماعياً وثقافياً ، وأكثر تنبؤاً بشدة بالتعلق

الضعيف وتاريخ موثق للمرتكب والأسرة النووية والممتدة. ومع ذلك، فالكل له نكهة (طعم) منهجي قوى وأصيل غالباً ما يتجاوز الأجيال. وقد لوحظت عوامل المخاطرة باتساق كاف فى الكتابات التى لا يشار إليها بشكل فردى. والقائمة أدناه قد جُمعت من مصادر تشمل جيل (Gil, 1991) وإيوأنييك (Iwanice, 1995) وكيمب وزملائه (Kempe et al., 1996) وأوتس (Oates, 1996).

سمات المرتكب:

- خبرة شخصية من الإساءة والإهمال فى الطفولة.
- قدرة ضعيفة للتعلق.
- معرفة محدودة بالنماء الإنساني ، بصفة خاصة بالنسبة للاحتياجات ومراحل النمو الخاصة بالأطفال.
- توقعات غير واقعية للأطفال (إما مرتفعة جداً أو منخفضة جداً).
- عدوان أندفاعى.
- قدرة ضعيفة فى الخبرة الوجدانية والتعبير عنها.
- عزلة اجتماعية.
- خبرة متزايدة بأحداث الحياة الضاغطة متزاوجة مع قدرة ضعيفة على المواجهة.
- مرض سيكاتري (طب نفسي)، بصفة خاصة الإكتئاب.

- استخدام المواد المخدرة.
- عدم النضج الأنفعالي كما يبرهن عليه التمركز حول الأنا وضعف تقدير الذات، وضعف التنظيم الأنفعالي.
- احتياجات قوية للإعتمادية.
- توخي الحذر عند الحديث عن العلاقات الأسرية.
- نقص نموذج ملائم للدور الوالدى فى الطفولة.
- معرفة ضعيفة بالاستراتيجيات الوالدية.

سمات المجتمع أو الثقافة:

- قبول العنف (وكذلك التغاضي عن وسائل الإعلام العنيفة).
- احترام منخفض للأطفال أو تقويمهم.
- أنظمة مساندة مبتكرة بشكل سئ.
- تأكيد ضئيل على المساندة التعليمية وتنظيم الرعاية اليومية.

سمات الأسرة:

- عنف زواجي / منزلي وصراع والدى آخر.
- وجود سوء استخدام للمواد المخدرة.
- وجود مرض سيكاتري (طب نفسي).
- نظام عقابي أو غير متسق.
- أسلوب حياة مشوش.
- فقر وبطالة.
- نقص مساندات أسرية اجتماعية أو ممتدة.

- تربية صعبة للأطفال كثيرة التفاصيل.

وبالإضافة إلى عوامل المخاطرة هذه التى تشير إلى الحاجة لتقييم الوالدية وقضايا العلاقة بين الراشد والطفل، فأن عدداً من السمات لدى الطفل قد توحي بوجود الإساءة الانفعالية أو أشكال من الإهمال. وغالباً ما تكون هذه السمات ملحوظة تماماً فى التفاعلات مع هؤلاء الأطفال، على خلاف سمات الطفل المُساء له جنسياً والذى يميل إلى أن يكون أكثر خداعاً. على سبيل المثال، يميل هؤلاء الأطفال إلى أن يجذبوا الانتباه بسبب حجمهم الصغير، وصحتهم السيئة، وملابسهم غير الملائمة. وبالرغم من ذلك، فأن الإساءة الانفعالية والإهمال يبقيان أكثر صعوبة بكثير فى التوثيق على نحو كاف لإجازة تدخل كاف عن طريق وكالات حماية الطفل. ويكون التقييم الكامل ذا أهمية قصوى بالنسبة للحصول على دليل كافٍ بالنسبة لشك يحرك العاملين فى مجال حماية الطفل إلى مستوى تدخل نشط. وتشمل علامات النذر الخاصة بالإساءة الانفعالية أو الإهمال مجموعة متنوعة من الأعراض التى كانت قد قُررت بشكل متسق فى مصادر كثيرة تشمل جيل (Gil, 1991) وإيوانييك (Iwanice, 1995) وكيمب وزملائه (Kempe et al., 1996) وأوتس (Oates, 1996).

علامات سلوكية لدى الطفل ضحية الإساءة الانفعالية والإهمال:

- مشاكل أكاديمية.
- مشاكل اجتماعية أو علاقات سيئة مع الرفاق (تشمل عنفاً).
- عزلة وانسحاب اجتماعي.
- انكماش من الاتصال البدنى.
- ارتداء ملابس غير ملائمة للطقس (بصفة خاصة ارتداء ملابس غير كافية أثناء البرد).
- شكاوى متكررة من الجوع أو العطش.
- غياب متكرر من أو تأخير عن المدرسة.
- بلل الفراش.
- بلل وتلوث الملابس.

علامات انفعالية / نفسية لدى الطفل ضحية الإساءة الانفعالية والإهمال:

- تقدير ذات منخفض.
- طفل قائم بدور والدى (على سبيل المثال، رعاية الأخوة والأخوات، اهتمام بالوالدين).
- مشاكل التعلق.
- اتصال رهيب أو قلق.
- كبت المشاعر ومشاكل إنكار الأسرة.

- حذر مفرط.
- عدم الثقة.

علامات بدنية لدى الطفل ضحية الإساءة الانفعالية والإهمال:

- صحة سيئة.
- تخلفات خاصة بالنمو.
- كسب وزن سئ.
- مشاكل فى النوم.
- اضطرابات أو أمراض غير مُعتنى بها.
- احتياجات طبية غير معالجة.
- إصابات متواترة.

الملخص:

تناولنا فى هذا الفصل حقائق عن مشكلة إساءة الطفل، ثم ألقينا الضوء على الأشكال المتنوعة لإساءة وإهمال الطفل، متمثلة فى الإساءة البدنية والإساءة الجنسية، والإساءة الانفعالية والإهمال، ثم تناولنا القضايا القانونية والأخلاقية التى تواجه الأخصائي الإكلينيكي الذى يتعامل مع العميل المُساء إليه، وأوضحنا أنه يجب عليه كتابة تقرير عن أية إساءة حادثة أو لمجرد الشك فى حدوث إساءة ويبلغها لوكالة حماية الأطفال من الإساءة، ثم أنهينا الفصل

الحالي بعرض عوامل المخاطرة وعلامات النُذر الخاصة بإساءة الطفل (البدنية – الجنسية – الانفعالية والإهمال).

مراجع الفصل الأول:

1- Ammerman, R., & Hersen, M. (1992), Assessment of family violence. New York: Wiley.

2- Azar, S. (1992). Legal issus in the assessment of family violence inVolving children. In R. Ammerman & M. Hersen (Eds.), Assessment of family violence (PP. 47-70). New York: Wiley.

3- Barnett, O., Miller-Perrin, C., & Perrin, R. (1997). Family violence across the lifespan: An introduction. Thousand Oaks; C.A: Sage.

4- Berlin, F, Malin, M., & Dean, S. (1991). Effects of statutes requiring psychiatrists to report suspected sexual abuse of children. American Journal of Psychiatry, 148, 449-455.

5- Boylan, J., Malley, P:, Scott, J. (1995). Practicun and internship: Textbook for counseling and psychotherapy. Bristol, PA: Accelerated Development.

6- Brassard, M., Germaine, R. & Hart, S. (1987). The psychological maltreatment of children and youth. New York: Pergamon.

7- Brems, C. (1993). A comprehensive guide to cild psychotherapy. Boston: Allyn & Bacon.

8- Briere, J. Berliner, L. Bulkley, J., Jemny, C., & Reid, T. (1996). The APSAC handbook on child maltreatment. Thousand Oaks, CA: Sage.

9- Bulkly, J., Feller, J., Stern, P., & Roe, R. (1996). Child abuse and neglect laws and legal proceedings. In J. Brier, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), The APSAC handbook on

child maltreatment (PP. 27i-296). Thousand Oaks, CA: Sage.

10- Burkhardt, S., & Rotatori, A. (1995). Treatment and prevention of childhood sexual abuse: A child-generated model. Washington, DC: Taylor & Francis.

11- Daro, D., & Gelles, R. (1992). Public attitudes and behaviors with respect to child abuse prevention. Journal of Interpersonal Violence, 7, 517-531.

12- Garbarino, J., Guttman, E., & Seeley, J. (1986). The psychologically battered child. San Francisco : Jossey-Bass.

13- Gil, E. (1991). The healing power of play. New York Guilford.

14- Hart, S., Brassad, M., Karlson, H. (1996). Psychological maltreatment. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), The APSAC handbook on child maltreatment (PP.

72-89 Thousand Oaks, CA: Sage.

15- Haugaard, J. (1992). Epidemiology and family violence .inVolving children. In R. Ammerman & M. Hersen (Eds.), Assessment of family violence (PP. 89-107). New York: Wiley.

16- Helfer, M., Kempe, R., & Klugman, R. (Eds.) (1997). The battered child (5th ed.). Chicago: University of Illinois Press.

17- Iwaniec, D. (1995). The emotionally abuse and neglected child: Identification, assessment, and intervention. New York: Wiley.

18- Lawson, C. (1993). Mother-son sexual abuse: Rare or under-reported? A critique of the research. Child Abuse & Neglect, 17, 261-269.

19- Ludwing, S., & Kornberg, A. (Eds.). (1992). Child abuse: A medical reference (2th

ed.). New York: Churchill Livingstone.

20- Meyer, R., & Deitsch, S. (1996). The clinician's handbook: Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology. Boston: Allyn & Bacon.

21- O'Hagan, K. (1993). Emotional and psychological abuse of children. Buckingham: Open University Press.

22- Oates, R. (1996). The spectrum of child abuse. New York: Burnner/Mazel.

23- Schechter, M., & Roberge, L. (1976). Sexual exploitation. In R. Helfer & C. Kempe (Eds.), Child abuse and neglect: The family and the community (PP. 128-149). Cambridge, MA: Ballinger.

24- Sedlak, A. (1990). Technical amendment to the study finding-National incidence and prevalence of child abuse and

neglect: 1988. Rockuill, MD: Westat.

25- Vissing, Y., Strauss, M., Gelles, R., & Harrop, J. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. Child Abuse and Neglect, 15, 223-238.

26- Walker, C., Bonner, B., & Kaufman, K. (1988). The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment. New York: Pergamon.

27- Zellman, G., & Faller, K. (1996). Reporting of child maltreatment. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.)' The APSAC handbook on child maltreatment (PP. 359-381). Thousand Oaks. CA: Sage.

الفصل الثانى
صدمة الطفولة
Childhood Trauma
(تعريفها – تذكرها – تفسيراتها)

فى هذا الفصل سوف نتناول صدمة الطفولة من حيث تعريفها وكيفية إعاقتها لنماء الطفل، ثم نوضح ما هى الصعوبات المحتملة فى تذكرها، وننتهي بعرض نظريتى التعلق والقبول والرفض الوالدى كأهم نظريتين فى تفسير صدمة الطفولة.

أولاً: تعريف صدمة الطفولة

صدمة الطفولة كما حددها تير (Terr. 1991) هى النتيجة العقلية للطمة مفاجئة Sudden blow (حدث منفرد غير متوقع) أو سلسلة من اللطمات (أحداث متكررة)، التى تؤدى بالطفل إلى عجز مؤقت وابتعاد عن ميكاينزمات المواجهة العادية. وافترض "تير" أنه بالنسبة للصدمات طويلة المدى (أى الإساءة والإهمال فى الطفولة) على خلاف الأحداث المنفردة (أى مشاهدة حادثة سيارة)، حيث يوضع الطفل فى مكان، بلا ضرورة ومحاولات كثيرة لحفظ الذات. وقد تضمن تركيز البحث داخل إساءة وإهمال الطفل تحديد متلازمات عرضية لحماية نفس الفرد من التفكك فى بيئة ذات صدمات طويلة المدى. وقد وجد مثل هذا البحث سلسلة من التأثيرات العرضية لدى ضحايا نسبة كبيرة من الصدمات (على

سبيل المثال، اضطراب الضغط التالي للصدمة ، والتفكك، والانتحار، واضطرابات الأكل).

وطبقاً لنموذج برير (Briere, 1996) الخاص بصدمة الذات Self – trauma model ، فيمكن أن تعطل الإساءة والإهمال فى الطفولة نمو الطفل وينتج أعراض لاحقة خلال أربع عمليات، هى:

١- ديناميات التعلق المتغيرة.

٢- العمليات المعرفية المشوهة.

٣- الضغط المبكر الذى يعقب الصدمة.

٤- استراتيجيات المواجهة البدائية.

وقد وجد أن كلاً من نماذج التعلق والأسلوب المعرفي لهما تأثير وسيط على التنبؤ بالتعبير عن الأعراض المتعلقة بالصدمات، وتشمل الأعراض المتعلقة بالصدمات فى نموذج "برير" ما يلي:

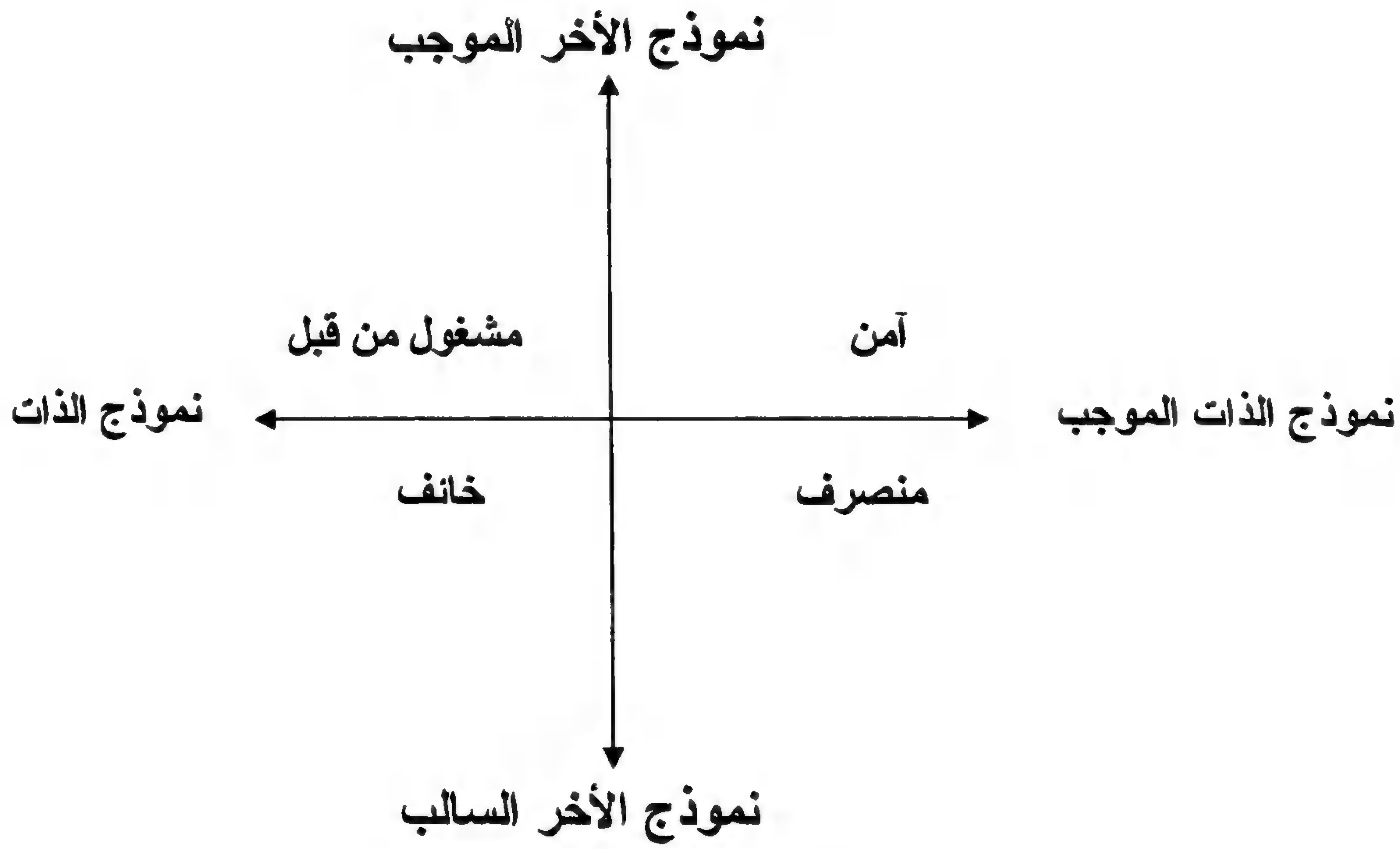
١- أعراض الضغط التالي للصدمة (على سبيل المثال، عودة الخبرة المتطفلة والتجنب).

٢- أعراض ناتجة من استراتيجيات مواجهة بدائية (على سبيل المثال، تجنب ذكريات متعلقة بالإساءة ووجدانات خلال التفكك –سوء استخدام العقاقير المخدرة – الانتحار).

وأى تغير فى ديناميات التعلق المبكر له تأثير مستمر على نمو الذات والعلاقات البينشخصية. وطبقاً لبولبي

(Bowlby, 1988) ، فأن الإحساس بالذات ينتشر فى سياق راع أو أكثر متسق ومحب ومدعم. ففى هذه البيئة المبكرة يدمج الطفل النامى مدركات وتوقعات الأخرين، ويبدأ، عن طريق التعلق الآمن فى تحديد هويته، وتمييز راعيه، وينمي إحساساً بالذات. ويمزق التعلق غير الآمن هذا النماء المتفتح للطفل ذى الذات المتميزة. وقد ارتبطت الإساءة والإهمال فى الطفولة بتعلق غير آمن فى كل من الطفولة والرشد.

ويمكن تنظيم نماذج تعلق الراشدين أو طرق الوجود فى علاقة فى ضوء مفهوم بولبي (Bowlby, 1982) الخاص بنماذج العمل الداخلي Internal working models. وكما وصفها بارثولوميو (Bartholomew, 1990,1993)، فأن نموذج بُعد التعلق الذاتي يمكن أن ينقسم إلى قسمين، هما: موجب (الذات باعتبارها جديرة بالحب والانتباه) أو سالب (الذات باعتبارها غير جديرة بالحب والانتباه). وبالمثل نموذج بُعد التعلق بالأخر، يمكن أن يُنظر إليه باعتباره موجباً (الأخر باعتباره جدير بالثقة ، وراعياً ، ومتاحاً) أو سالباً (الأخر باعتباره غير راع، ورافضاً ، ومتباعداً) وهذا ما يوضحه الشكل (١):



شكل (١) نموذج أنماط التعلق

وترتبط درجة إيجابية نموذج الذات للفرد بدرجة الاعتماد الأنفعالي على الأخرين لصلاحية الذات Self- validation ، ودرجة إيجابية نموذج الأخر للفرد ترتبط بالدرجة التى يتوقع من الأخرين أن يكونوا متاحين ومدعمين. وفى النموذج السابق يتسم كل بعد تعلق بأسلوب تعلق خاص (آمن ، خائف ، منصرف، مشغول من قبل) (أنظر الشكل ١).

والراشدون الذين يقررون تاريخاً من الإساءة والإهمال فى الطفولة والذين يقررون أسلوب تعلق موجود إكلينيكياً

بالتأثيرات التالية: تصور داخلي تالف للذات (يخبرون كمقابلين لصعوبات تتعلق بإحساس هش بالذات) وتمثيل داخلي تالف للآخر (يخبرون كغير واثقين وخائفين من المودة)، وعجز عن الوصول إلى شخصية متميزة (فى حين أن ردود الفعل للاعتماد مستقطبة بين اعتماد جائع على الأخرين واعتماد قهري على الذات)، وعجز عن تنظيم الانفعالات (مرتبط بأعراض متعلقة بالصدمة كالاكتئاب، والقلق ، وسوء استخدام العقاقير المخدرة ، وضغط تالي للصدمة، وتفكك).

وقد دعمت الدراسات الإمبريقية هذه الملاحظات الإكلينيكية، على سبيل المثال، نموذج الذات السالب (أى ، تمثيل للذات داخلي لا يستحق الثقة) وجد أنه يتنبأ بالتعبير عن الأغراض لدى الراشدين الذين يقررون تاريخاً من الإساءة فى الطفولة.

والعلاقة الامبريقية بين نموذج الأخر السالب والتوافق السلبي لدى ضحايا صدمات الطفولة يكون أقل وضوحاً. فمن ناحية ، يتسم أسلوب التعلق غير الآمن بنموذج الأخر السالب (أى، تجنب دفاعي للمودة والمساندة) وجد أنه خاص بأعراض الإساءة والإهمال فى الطفولة. ومن ناحية أخرى، وجد أن نموذج الأخر السالب لم يكن يتعلق بأعراض الصدمة ويعمل الناس فروضاً عن أنفسهم، وعن الأخرين وعن البيئة، وعن المستقبل. وهذه الفروض وإدراكات الذات قد تتشوه بخبرة الإساءة فى الطفولة، ويبدو أن

التشويهات المعرفية المتعلقة بالإساءة فى الطفولة تحدث لسببين:

أ- الاستجابة النفسية للإساءة لدى الضحية.

ب- محاولة الضحية فهم الإساءة.

وقد وجد أن التشويه المعرفي المرتبط بالأمن (أى ، انشغال من قبل مع خطر) والانضباطية (أى، مدركارت حالية للعجز واليأس)، وعزو داخلي (أى، لوم الذات ونقد الذات) أنها تتعلق بنتائج طويلة المدى للإساءة فى الطفولة (أى أعراض ضغط تالي للصدمة والاكتئاب والقلق ، وتقدير الذات المنخفض ، والصعوبات البينشخصية).

ونخلص مما سبق ، بأن صدمة الطفولة البينشخصية تؤدى إلى عواقب نفسية سيئة فى المراهقة والرشد. وهذا ما سوف نتناوله فى الصفحات التالية.

ثانياً: تذكر صدمة الطفولة
Recall of Childhood Trauma

فى أوائل السبعينات من القرن العشرين، كأن يظن أن الإساءة الجنسية فى الطفولة حدث نادر نسبياً. وفى العقد الماضي، وثقت دراسات عظمى عديدة بشكل مستقل مدى الإساءة الجنسية ضد الطفل، وتقترح أن تقويماتنا المبكرة لانتشارها كانت تقديرات أدنى بشكل كبير.

وقد أوضحت البحوث أن أكثر من خمس وثُلث جميع النساء قد خبرن إساءة جنسية فى الطفولة. ولأن معظم الإساءة الجنسية التى تخبر فى الطفولة لم تقرر مطلقاً بواسطة السلطات، فأن فهمنا للطبيعة والعواقب طويلة المدى الخاصة بالإساءة الجنسية يعتمد إلى حد كبير على مثل هذه الدراسات الاستعادية Retrospective studies.

وعلى الرغم من ذلك، فقد أثار بعض باحثي الإساءة فى الطفولة وأكاديميين آخرين أسئلة علمية عن دقة التقارير الاستعادية. واتخذوا خطوات لتحسين صدق وثبات الأسئلة الموضوعة للمستجيبين. وأحد الاهتمامات هو أنه فى مثل هذه الدراسات قد تحظي حالات إساءة تقليدية. ويجادل معظم باحثى الإساءة فى الطفولة بأن انتشار التقديرات القائمة على تقارير الراشدين الاستعادية هى من المحتمل تقديرات أدنى. ورغم أن البعض قد جادل بأنه قد توجد كثير من الاستجابات المزيفة فى

التقارير الاستعادية. والزعم المنتشر هو أن بعض الضحايا يفشلن فى الكشف عن وقوعهم ضحايا بسبب الارتباك أو النسيان. وحتى الأن لم يوجد دليل عن نسبة الأفراد الذين وقع عليهم إساءة جنسية فى الطفولة والذين سيتقاعسون عن تقرير مثل هذه الإساءة عند إعادة المقابلة بعد عدة سنوات.

والمناقشة العلمية الخاصة بالدراسات الاستعادية التى تعتمد على تذكر الإساءة الجنسية فى الطفولة قد كانت حديثاً أكثر تأثراً بالمناقشة العامة الخاصة بالذكريات المكبوتة والمكتشفة. وركز الاهتمام العام على الكادر المتنامي بثبات للأشخاص العاملين، والمشهورين، والأخرين الذين كشفوا عن خبراتهم الخاصة بالوقوع كضحايا للإساءة الجنسية فى الطفولة، والكثيرين الذين يقرون أنهم قد نسوا فى وقت ما أن الإساءة قد وقعت. والقوانين فى معظم الولايات المتحدة الأمريكية قد تغيرت لتحسن التشريع الخاص بالقيود. وحديثاً برزت ذكريات مكتشفة خاصة بالإساءة بوصفها ذات أهمية فى بعض الدعاوى القضائية والحالات المدنية العديدة.

هذه المزاعم والقضايا المدنية والحالات الإجرامية القائمة على إساءة تم تذكرها حديثاً قد ولت قدراً كبيراً من الانتباه إلى إمكانية أن الذكريات المكتشفة للإساءة الجنسية فى الطفولة تكون مزيفة. والأفراد المتهمون الذين جاءوا إلى أنتباه الجمهور غالباً ما يكونوا أعضاء شرفاء فى المجتمع أو يملكون سلطة وهيبة جديرة

بالاعتبار. وغالباً ما يكون صعباً بالنسبة للأصدقاء، وأعضاء قد قاموا بالإساءة الجنسية للأطفال، بصفة خاصة حينما يكون المتهمون أنفسهم ناجحين بشكل مرتفع وذوى أداء عالي. واقترح البعض. أن الذكريات المكتشفة مختلقة بواسطة راشدين منزعجين أو حقودين أو متبنة بواسطة معالجين شديدي الغيرة أو مدربين على نحو سئ والذين يستخدمون تقنيات عدوانية فى اكتشاف الذكريات.

وقد تم استخدام البحث المعملي الأكاديمي الخاص بالذاكرة والتفسيرات الراوئية للحالات الخاصة بذكريات الأفراد التى تتعلق بالأسى الشخصي، وذلك لاقتراح أن الراشدين عرضه لاكتساب ذكريات خاصة بالإساءة الجنسية فى الطفولة لم تحدث فى الواقع.

والسؤال البحثي الحاسم الموجود فى عمق تلك المناقشة الخاصة بالذاكرة المكتشفة، هو: **ما مدى شيوع عدم الحصول على ذكرى خاصة بالإساءة الجنسية فى الطفولة؟ وعن طريق أى ميكانيزم مثل النسيان؟**

ويقترح بعض المؤلفين أن عدم الحصول على تذكر خاص بالإساءة يكون غير شائع، ويجادلون بأنه لا يوجد دليل بأن الطفل سوف ينسى حدث صادمى حقيقة ماله يحدث الحدث قبل ثلاث سنوات من العمر.

ويقدم هذا المقال دليلاً هاماً عن أن مدى شيوع مثل هذا النسيان قد

يكون ويقترح بعض التفسيرات لحدوثه.

الصياغة النظرية ومراجعة التراث فى هذا الموضوع

أن البحث الذى ركز بصفة معينة على ذكريات الراشدين الخاصة بالإساءة الجنسية فى الطفولة يقوم كلية على عينات إكلينيكية، ويُقترح أن نسبة كبيرة من أولئك المساء إليهم جنسيا فى الطفولة (الذين يتذكرون الأن بعض تفاصيل الإساءة) قد مروا بفترات لم يتذكروا فيها الإساءة. فوجد بريير وكونت (Briere & Conte, 1993). أن ٥٩% من ٤٥٠ امرأة ورجل فى العلاج بسبب الإساءة الجنسية قرروا أنهم فى وقت ما قبل عمر ١٨ سنة، قد نسوا الإساءة الجنسية التى عانوا منها خلال الطفولة.

وقرر لوفتس وزملاؤه (Loftus et al., 1994) أن (٣١%) من عينتهم الخاصة بنساء وقع عليهن إساءة جنسية يعالجن منها، أظهرن كبتاً جزئياً على الأقل أو ذاكرة غير كاملة للإساءة التى وقعت عليهن، وأن ١٩% قررن فترات سابقة من النقص الكلي لتذكر الإساءة.

وترجع المناقشة العلمية للتقارير والتذكر الخاص بالإساءة الجنسية فى الطفولة إلى عام ١٨٩٦ على الأقل، حينما ناقش فرويد Freud أن كبت إغواء الطفولة المبكر (التحرش الجنسي) كأن له دلالة مرضية بالنسبة لهستريا الراشدين. وفيما بعد أوضح فرويد أنه كأن مخطئاً بالنسبة لكبت الخبرات الواقعية الخاصة بالإساءة

الجنسية فى الطفولة حيث أنها كانت تخييلات (خاصة بالاتصال الجنسي مع الوالدين أو راشدين آخرين) قذفت بالهستريا بعيداً (Freud, 1966)

ونقح بحث برير وكنت (١٩٩٣) موضوع الكبت الخاص بالإساءة الجنسية فى الطفولة، واقترحا أن نسبة كبيرة من النساء اللاتي وقع عليهن إساءة جنسية فى الطفولة لا يحصلن على استدعاء للإساءة. وتدعم هذه الدراسات الصلة المفترضة أصلاً بين الإساءة الجنسية فى الطفولة، وعدم تذكر الإساءة، والأعراض النفسية فى الرشد لدى عينات إكلينيكية على الأقل. ويقترحا أن الارتباط الذى وجداه بين عدم التذكر والصدمات يتناسب بشكل أفضل مع عملية التفكك منها مع عملية الدفاع النشطة.

واقترحت تير (Terre, 1991) ما تسميه (صدمات نمط ١١) Type II traumas (محن ثابتة أو متكررة) قد تؤدى بشكل أكثر إحتمالاً إلى الإنكار أو التفكك.

ويقترح برير وكونت (١٩٩٣) أن العمر الصغير يرتبط بالتذكر لخبرات الإساءة لأن الأطفال الأصغر قد يكونوا أكثر إحتمالاً لأن يخبروا الإساءة باعتبارها عنيفة (وهكذا يحثون على الكبت أو التفكك) أو قد يملكون دفاعات نفسية أقل متاحة لهم أكثر من النسيان.

إضافة إلى ما سبق، تقترح الدراسات الحديثة فى هذا المجال أن الذاكرة الخاصة بالسيرة الذاتية (مثل ذاكرة الطفل الخاصة بالإساءة الجنسية) لا تتطلب فقط نماء اللغة ولكن سهولة قد تكون غير موجودة غالباً حتى السنوات المتأخرة قبل المدرسة.

ويقترح نيلسون (Nelson, 1993) أن الذكريات الخاصة بالسيرة الذاتية ربما كأن لها أصول نفسية واجتماعية، وقد تعتمد ليس فقط على اللغة ولكن على تعلم مشاركة الذكريات مع الأخرين. وأحد التفسيرات اللاحقة بالنسبة للعلاقة بين العمر الصغير فى وقت الإساءة وتقاعس الراشد عن تذكر مثل هذه الأحداث الصدمية هو أن الذاكرة بالنسبة لهذه الأحداث كانت مخزنة بطريقة توسطية من الناحية اللفظية ولكن قائمة على صور وتصرفات أو مشاعر. وقد تُستدعي الذكريات فقط عندما تواجه هذه الصور مرة ثانية أو إذا نشطت كما هو الحال فى بعض التدخلات العلاجية.

والعوامل الأخرى التى أتضح أنها تؤثر فى الذاكرة والتى قد تلعب دوراً فى تذكر الراشدين للإساءة الجنسية فى الطفولة هى بروز الحديث عن الحدث، والتهديدات أو الوعود المقدمة من مرتكبي الإساءة للأفراد الذين أساءوا إليهم.

ثالثاً: تفسيرات صدمة الطفولة

١- نظرية بولبي فى التعلق:

تعتبر نظرية بولبي الخاصة بالتعلق Bowlby's Theory of Attachment إطاراً نافعاً يُفهم من خلاله تأثيرات فشل الوالدين فى الاستجابة. لقد وصف "بولبي" قيمة البقاء لأنواع من الأنظمة السلوكية التى تزيد الاقتراب من الأم كنتيجة يمكن التنبؤ بها، وكذلك حماية الطفل من الأضرار. وتنمو هذه الأنظمة تدريجياً على مدار السنتين الأولتين من الحياة كعاقبة لتفاعل الطفل مع بيئته للتكيف النشوئى Interaction with his environment of evolutionary adaptedness . وتستخرج سلوكيات التعلق مثل الرضاعة، والالتصاق ، والصياح ، والتتبع ، والابتسام ، والرعاية من الأم. ويساعد سلوك الرعاية على بقاء الأنواع فى الترادفية مع سلوك التعلق. وبالالتقاط إلى أعلي، والتغذية ، والابتسام الإيجابي، وهكذا فأن الأم تقرب طفلها منها.

ويبدأ سلوك التعلق منذ الميلاد ويستمر طوال الحياة. وبمجرد أن يتكون تعلق آمن Secure attachment، فـأن الطفل يستخدم أمه كأساس آمن للاستكشاف، ويعود إليها عندما يصيبه الرعب. ويمكن أن يعتمد الطفل الأكبر والأصغر على ذاكرة الراعية، وعلى المعرفة بأنها تعود دائما، باعتبارها الأساس للشعور بالأمن. وببلوغ الخامسة، يكون الطفل قد استنتج بشكل طبيعي عملية إدماج

وترميز قاعدته الأمنية، ويكون قادراً على إعادة توجيه سلوك التعلق إلى الآخرين، وإلى الجماعات. وتعكس علاقات التعلق بالراشدين بشكل واقعي الموقف الذى ساد خلال الطفولة.

وحدد "بولبي" ثلاث حالات من الاستجابة العادية للانفصال. يحتج الطفل أولاً على الفقد ويستخدم سلوكيات التعلق لمحاولة إعادة أمه. وحينما لا تعود الأم، يبدو الطفل يائساً، ولكنه لا يزال ينتظر عودتها. وفى النهاية يبدو أنه ينفصل ويظهر فقد الاهتمام. ومع ذلك، سوف تعود سلوكيات التعلق على إعادة الاتحاد إذا ما كان الانفصال أو الانعزال Detach ممتد. ويلي الاتحاد، أن الطفل الذى قد كان أحد والديه مستجيباً بشكل غير ملائم لسلوكياته التعليقية سوف يلتصق غالباً بالوالد ، ومبدئياً قلقاً عند أى لمحة للانفصال.

وتقدم نظرية بولبي منظوراً جديداً على سلوك الالتصاق Clinging behavior أو قلق الانفصال Separation anxiety. وعلى نقيض النماذج التقليدية للتحليل النفسي الذى نظر إلى قلق الانفصال باعتباره إزاحة لخوف ما آخر، رأي بولبي التعلق القلق Anxious attachment باعتباره نتيجة لانفصالات حقيقية أو مهددة أو هجر مؤقت عن طريق مقدمى الرعاية فى الطفولة. وحينما يعرف طفل أن الشخص الخاص بالتعلق سيكون متاحاً كلما احتاج قاعدة أمان، فأنه سينمى قدرة مدى الحياة لتحمل

الأنفصالات بشكل جيد، وسيتناول مواقفاً جديرة بالثقة. وبعدم توفر مثل هذه المعرفة، فأنه سوف يُظهر تعلقاً قلقاً وخوفاً عاماً عند وجود مغامرات جديدة.

وسوف يؤثر توفر شخص التعلق خلال الطفولة فى استجابة الشخص للافتقادات كذلك. فعندما يحتاج طفل مرتعب أمه ولكن يجد فى النهاية أنه تُرك وحده مهجوراً ، فأنه يحمى نفسه من معاناة لاحقة بفصل نفسه من أى وعى بمشاعره واحتياجا.

وبتلخيص الدراسات التى أجريت على الأطفال الذين تعرضوا لانفصالات طويلة، لاحظ "بولبي" عدم التعلق باعتباره الشكل النهائي للتعامل مع الانفصال. وخلال عدم التعلق، يتوقف الطفل عن التعبير عن سلوك التعلق ويبتعد حتى بعيداً عن أشكال أو رموز التعلق Attachment Figures عند عودتهم (Bowlby, 1969;1973;1980;1988).

٣- نظرية القبول / الرفض الوالدى:

يرى رونر (Rohner) عام ١٩٨٦ أن نظرية القبول – الرفض الوالدى – Parental Acceptance - Rejection Theory أو كما يشار إليها بالأحرف (PART) هى نظرية فى التنشئة الاجتماعية، تحاول تفسير وتقديم تصور للعلاقات والعوامل المتداخلة التى تتصل بالقبول / الرفض الوالدى فى شتى أنحاء

العالم (خلال: إبراهيم عليان، ١٩٩٢) فهى تدور حول ذلك الحب الذى قد يمنحه الأبوان لأطفالهم أو قد يمسكونه عنهم، والدفء الوالدى يمكن تصوره كمتصل طرفه الإيجابي هو القبول، وطرفه السلبي هو الرفض.

والقبول الوالدى يعرفه رونر على أنه " ذلك الدفء والمحبة والحب الذى يمكن للأباء أن يمنحونه لأطفالهم" وقد يعبر عنه إما بالقول أو بالفعل فى أشكال السلوك مثل الثناء على الطفل وحسن الحديث إليه وعنه والفخر والتواجد معه عند الحاجة، وكلها أشكال من السلوك من الأرجح أن تجعل الطفل (يشعر) أنه محبوب ومرغوب فيه من والديه.

ولصعوبة تعريف الدفء أو القبول الوالدى وتعدد هذه التعريفات، والصعوبات المنهجية التى ينطوي عليها قياس ما يُطلق عليه بالدفء، وكذلك تعدد الأدوات المستخدمة فى القياس وما قد يكون بها من عيوب أو شوائب تجعل من الصعب الوصول إلى اتفاق عام بين الباحثين حول ما لهذا البعد من أثار مواتية أو غير مواتية على شخصية الأطفال والراشدين بما يجعل من الصعب تحديد ما هى بالضبط هذه الآثار.

وعلى الرغم من أن معظم الأطفال يخبرون مثل هذا السلوك من قبل والديهم، إلا أن سلوك الأباء تجاه أطفالهم قد يتميز بالضيق والغضب أو أحد أشكال الرفض بين الحين والحين، حتى

مع أكثر الأباء دفئا وقبولا لأطفالهم، كذلك ففى بعض الأسر قد لا يشعر الطفل بمحبة والديه أو استحسانهم بأي شكل من الأشكال وهو ما يُطلق عليه "الرفض الوالدى" الذى يعرفه رونر بأنه " غياب الدفء والمحبة من قبل الوالدين"، كما يؤكد أن هذا المصطلح يحمل كثيراً من المضامين السلبية غير المرغوبة وبالتالي فأن إلصاق كلمة (الرفض) بالأباء قد يشير إلى أن هؤلاء الأباء سيئين غير صالحين وهو حكم قيمى لا شأن للنظرية بإصداره أو إلصاقه بالأباء، غير أن واقع الأمر يشير إلى أنه عبر ثقافات مختلفة فأن كثيرا من الأباء المحبين لأطفالهم، والراغبين فيهم، والذين يتسمون بالمسئولية تجاههم كثيرا ما يصدر عنهم سلوك يتسم بالرفض (وفقا لتعريفه السابق) تجاه أطفالهم، فقد يثوروا أحياناً أخرى، ولكن ليس معنى ذلك أنهم أباء سيئين (خلال: ممدوحة سلامة، ١٩٩٣).

وعلى هذا الأساس فأن نظرية القبول – الرفض الوالدى تستند على أربع مكونات رئيسية تشكل فى مجملها التصور النظرى الذى تُبنى عليه النظرية:

يهتم **<u>المكون الأول</u>** منها: بالنمو السلوكى والمعرفي والوجداني للأطفال فى كل مكان وكذلك فيما يختص بوظيفة الشخصية لدى الراشدين. وينبثق من هذا المكون تساؤلان رئيسيان أولهما هو: **هل صحيح أن الأطفال فى كل مكان عبر جنسنا البشري كله بغض**

النظر عن الفروق الثقافية، والسلالية، واللغوية، والعرقية يستجيبون بنفس الطريقة حينما يدركون أنهم مرفوضين من قبل أبائهم وأمهاتهم؟

وثانيهما هو: إلى أى حد تمت أثار الرفض وقت البلوغ، **وما هى الصفات الشخصية التى من المحتلم أن تتعدل أثناء النضج؟**

بينما يهتم **المكون الثاني:** بالإجابة على السؤال التالي: **لماذا يفوق بعض الأطفال أقرانهم فى التغلب على أثار الرفض الوالدى؟** وبمعنى أخر، ما الذى يعطى بعض الأطفال المرونة للتكيف ومقاومة الرفض المتصل يوم بعد يوم دون اكتساب صفات تضر الشخصية من النواحي الاجتماعية والمعرفية والانفعالية، على الرغم من تأثير غيرهم من المرفوضين بنفس هذه العوامل؟

أما **المكون الثالث:** فيهتم بالإجابة على التساؤل القائل، **لماذا نجد بعض الأباء أكثر دفئا من غيرهم فى معاملتهم لأبنائهم؟**

ويعرف رونر Rohner عام ١٩٨٦ الرفض الوالدى بأنه "غياب الدفء والمحبة من قبل الوالدين" ويمكن تصوره نظرياً على أنه يقع فى الطرف السلبي من متصل الدفء، ويتخذ الرفض الوالدى وفقا لرونر ثلاثة أشكال:

- العداء / العدوان Hostility / Aggression
- الامبالاه / الإهمال Indifference / Neglect

- الرفض غير المحدد Undifferentiated Rejection

ويشير **العداء / العدوان:** إلى أشكال السلوك التى يمكن أن يدركها الطفل على أن والديه (والدته - والده) يقصد أن إيذاءه بها سواء بالقول أو بالفعل.

وتشير **اللامبالاه / الإهمال:** إلى السلوك الوالدى الذى من المحتمل أن يفسره الطفل على أن والديه غافلان عنه ، وغير مهتمين، وغير عابئين بشئونه أو أنشطته، والأمور التى يراها ذات أهمية بالنسبة له.

أما **الرفض غير المحدد:** فيشير إلى أشكال السلوك الوالدى التى يراها الطفل على أنه رفض، و عدم القبول له دون أن ينم هذا السلوك بوضوح عن عدوان تجاهه أو إهمال واللامبالاه بشئونه (خلال: ممدوحة سلامة،١٩٩٣).

ورغم ظهور بعض التعريفات الحديثة للرفض الوالدى، إلا أنها قد اشتُقت من تعريف رونر فقدمت (انتصار يونس، ١٩٩٣) تعريف للرفض الوالدى بأنه "الكراهية وعدم الرغبة فى الطفل الأمر الذى يعوقه عن التكيف ويعرقل نموه" والرفض قد يكون ظاهراً يبدو فى صور متعددة كإهمال الطفل، والافتراق عنه لفترة طويلة، وعدم الاكتراث به أو القسوة فى معاملته، و من ناحية

أخرى قد يكون مقنعاً، يختفي تحت أساليب غير صريحة ترمى إلى إهماله والسخرية منه.

كذلك أشار كورسينى (Corsini, 1999) إلى أن الرفض الوالدى " هو إنكار ثابت للاستحسان والعاطفة، والاهتمام من أحد الوالدين أو كلاهما، وفى بعض الأحيان يختفي تحت غطاء من التدليل والحماية الزائدة " وتتلخص عواقبه فى انخفاض تقدير الذات، والثقة بالنفس وضعف صورة الذات، وعدم القدرة على تشكيل التعلق بالأخرين، ونشأة الاختلال الانفعالي و النفسي.

مراجع الفصل الثاني:

١. إبراهيم عليان (١٩٩٢). دراسة العلاقة بين القبول والرفض الوالدى وتوكيد الذات والعدوانية لدى المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

٢. انتصار يونس (١٩٩٣). السلوك الإنساني، القاهرة، دار المعارف.

٣. ممدوحة سلامة (١٩٩٣). قراءات مختارة فى علم النفس، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

Bartholomew, k. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. Journal of Social and Personal

Relationships, 7, 147-178.

5. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.
6. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol.2: Separation: Anxiety and anger. Middlesex, England: Penguin Books.
7. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol.3: Lass: Separation: Anxiety and depression. Middlesex, England: Penguin Books.
8. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol.1: Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.
9. Bowlby, J. (1988). A secure bose: Parnetchild attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
10. Briere, J. (1996). A self trauma model for treating adult survivors of severe child

abuse. In J. Briere, L. Berliner, j. Bulkley, & T. Reid (Eds.), The APSAC hand book on child maltreatment (pp.140 – 157). California: Sage Publications.

11. Briere, J., & Conte, J. (1993). Self – meparted amnesia for abuse in adults molested as children. Journal of Traumatic stress, 6, 21-31.

12. Corsini, R. (1991). The dictionary of psychology. New York: Academic Press.

13. Freud, S. (1966). The standard edition of the complete psychological worles of Sigmund Freud. In J. Strmachey (Ed.). London: Hogarth Press.

14. Laptus, E., Polonspay, S., & fallilove, M. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing.

Psychology of women Quarterly, 18, 67- 84.,

15. Nelson, L. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. Psychological Science, 4, 7-14.

16. Terr, L. (1991). Childhood journal of psychiatry, 148, (1), 10-20.

الفصل الثالث

حساسية الرفض كاستهداف بينشخصي

Rejection Sensitivity as an Interpersonal Vulnerability

يفترض نموذج حساسية الرفض Rejection sensitivity model أن الحساسية المفرطة لتلميحات الرفض وردود أفعالها المفرطة المتعاقبة، تحدث من عمليات تعلم عادية حيث تولد حساسية الرفض من خبرات رفض طويلة أو حادة مع مقدمى الرعاية وآخرين هامين. وخلال هذه الخبرات، يتعلم الطفل توقع الرفض فى مواقف تتضمن آخرين وثيقي الصلة به، ولأن العلاقات تكون هامة، فأن هذه التوقعات تكمن فى الانفعال. وهكذا تتسم التوقعات القلقة بنقطة انطلاق فعال لدينامية حساسية الرفض. وما يلي يكون عتبة منخفضة بشكل أكثر بالنسبة لأداء السلبية، ونزعة متزايدة لتشخيص تلميحات سلبية، وردود أفعال وجدانية مكثفة. ويمكن أن تؤدى مثل هذه المعارف والوجدانات إلى تعبيرات خاصة بالأسى فى شكل عدائية أو اكتئاب ويمكن أن توجه هذه الدينامية - بمجرد اكتسابها - المدركات البينشخصية والسلوك طوال فترة الحياة.

وقدم نموذج حساسية الرفض لتفسير السبب فى أن بعض الأفراد يظهرون أكثر استهدفاً لاستجابات سيئة التكيف لخبرات الرفض أكثر مما يفعل الأخرون (Downey & Feldman, 1996). وفى هذا الفصل سوف نلقي بعض الضوء على الخلفية التاريخية للمعرفة الاجتماعية Social cognition والشخصية التى تنشأ فيها حساسية الرفض. فهذان الميدانان من البحث متوازيان مع البحث الخاص بالعلاقات الشخصية، ومتقاطعان حيث تتحدد المفاهيم المعرفية والوجدانية والعملية التى بها تؤثر العلاقة فى السلوك يتم تخطيطها.

فدينامية حساسية الرفض هى أحد الإيضاحات للاتحاد الوثيق لهذه الميادين. وبعد ذلك، نوضح كيف أن الاندماج الحديث للمجالات النفسفسيولوجية Pcychophysiological لدراسة الظواهر الاجتماعية قد شكل رأينا الخاص بحساسية الرفض.

ففكرة أن الخبرات الصادمة المبكرة يمكن أن تؤدى إلى صعوبات لاحقة فى العلاقات ليست روائية. فقد اقترح الإكلينيكيون ابتداء من فرويد Freud، ومنظرو الشخصية ابتداء من هورني Horny عام ١٩٣٧ وأر يكسون Erikson عام ١٩٥٠ وسوليفان عام ١٩٥٣ أن التفاعلات مع الوالدين تؤدى إلى نماذج لاحقة من السلوك البينشخصى أو سمات الشخصية. وركزت النظريات الخاصة (بسبب مقابلة الناس لصعوبات فى علاقاتهم) على الفروق الفردية فى عزو الشخصية Personality attributes مثل،

تقدير الذات الشامل Global self-esteem والتحيز العزوى Attributional bias (Bradbury & Fincham, 1990) ، وأسلوب التعلق Attachment style (Hazan & Shaver, 1987) كمنبئات خاصة بنجاح أو فشل العلاقة. وقدمت مقدمة النماذج المعرفية الاجتماعية إطاراً تفحص فيه هذه الأفكار وفتحت مسارات لبحث العلاقات يمكن أن تُحدد باعتبارها سيكوديناميه فى مجال النظر إلى اللاشعور والعمليات التلقائية التى أدت إلى عواقب علاقات خاصة (Reis & Downey, 1999) . وبدأت دراسة انتقاء ومعالجة معلومات اجتماعية، وكسبت الظواهر الاجتماعية دوران معرفي Cognitive spin: سهولة المنال، وأخطاء الذاكرة، وتحيزات عزوية أصبحت جميعها مجالات صالحة للدراسة. وبالسحب على الأفكار المأخوذة من النظريات الخاصة ببناء الذاكرة طويلة المدى، نشأ الاهتمام بنصوص سهلة المنال، ومعالجة الاستعدادات التى نشطت ونُفذت فى مواقف خاصة - على سبيل المثال- فى علاقات وثيقة. وألقت سهولة المنال المرتفعة وتوفر النصوص والصيغ الآتية من علاقات مبكرة الضوء على الميكانيزم الذى أدى عن طريقه علاقات سابقة إلى علاقات جديدة.

وفى نفس الوقت، كانت المعرفة الاجتماعية تؤثر فى أبحاث خاصة بالفروق الفردية. وكأن المنظور بعيداً عن رؤية الفرد كمزيج من السمات الشاملة والمنشطة بشكل متسق ونحو صورة للفرد أكثر ديناميه ومنقادة عن طريق ديناميات ثابتة خاصة

بمعالجة معرفية – وجدانية تؤدى إلى تغيريه منهجية ومتماسكة للوجدان والمعرفة والسلوك عبر المواقف (Mischel & Shoda,1995).

وبزغت مفاهيم للشخصية منسوجة على الظواهر المعرفية والوجدانية للوصول إلى العمليات اللاشعورية الخاصة بالمعالجة الاجتماعية للمعلومات التى تحدد سلوك العلاقات. وهذا التحول من الفروق الفردية إلى ديناميات المعالجة فى نطاق الفرد جلب تركيزاً على الميكانيزمات التى تؤدى إلى السلوك بالاعتقادات والتوقعات، والرغبات، والدوافع. وكانت الاستراتيجية المتنباه بواسطة بعض الباحثين فى ذلك الوقت هى ملاحظة الثبات داخل الفرد وبنماذج السلوك عبر المواقف المتنوعة. وأدى هذا إلى تركز على المعالجة المعرفية والوجدانية التى كانت تحتل مكاناً حينما أدرك فرد موقفاً معيناً وقرر أن يقوم بإجراء معين. واستُخدمت مثل هذه المدركات المعرفية والوجدانية لتفسير ما الذى جعل نفس الفرد يسلك بمثل هذه الطرق المختلفة فى أوقات مختلفة.

وعلى الرغم من أن تصورنا لحساسية الرفض ينغرس فى نظريات عزو وتعلق ، وفى مجالات بينشخصية للشخصية، إلا أن مجالنا ينحرف عن هذه المجالات التقليدية فى نواح عديدة. لقد تبنى تطورات المعرفة الاجتماعية لتخطيط السوالف المعرفية الوجدانية للسلوك فى مواقف معينة أكثر من وصف التوجهات الشاملة للعلاقات. وهذا المجال يجعلنا ننظر إلى التاريخ الوالدى باعتباره

محدد للاستعدادات الشخصية القائمة في ميكانيزمات معالجة المعلومات والذاكرة، ويمكن أن يساعدنا على فهم تطور الشخصية وتأثيراتها على العلاقات الحالية والتى تشمل عدم الاتساق عبر المواقف فى سلوك العلاقات. ويمكن أن يُنظر إلى حساسية الرفض باعتبارها صيغة لبعض العمليات الرئيسية المعرفية والوجدانية المندمجة فى نموذج عمل الناس الخاص بالتعلق. ويقدم نموذج حساسية الرفض عملية خاصة بكيف تؤدى توقعات الرفض القلقة إلى تحيزات عزوية وبعد ذلك إلى سوء معاملة خلال ميكانيزمات معرفية وإدراكية وفسيولوجية.

والمساهمة الفريدة التى يقدمها نموذج حساسية الرفض فى سياق إدراك العلاقة هى تفسيره للعملية التى تربط تاريخ التعلم الاجتماعي للفرد بموقف اجتماعي ظاهر. أنه نموذج يحتضن المجال المعرفي الاجتماعي ويستغل مميزاته – مركزاً على المعالجة الديناميية لكل من المعلومات المعرفية والوجدانية – لتوضيح كيف أن هذه العوامل غير المرئية تشكل سلوك العلاقات فى نطاق مؤقت بنيشخصى معين. ويركز النموذج على الوسائط النفسية (معرفية - وجدانية) للتوقعات القلقة الخاصة بالرفض التى تؤدى إلى حذر مفرط بالنسبة لملامح الرفض، والتى يمكن أن تؤثر حينئذ فى مدركات وعزو ، واستجابات لسلوك الأخرين الغامض.

نموذج حساسية الرفض

The Rejection Sensitivity Model

يربط دليل مكثف إساءة معاملة الطفل بمجموعة متنوعة من العواقب السلبية (Manly et al., 2001). وصرح الباحثون كثيراً من قبل بخبرات تعتبر تقويمية لأنها تؤثر فى كل العلاقات التالية. فتكون علاقات الأطفال مع الوالدين وبعد ذلك مع الرفاق والمدرسين إطاراً للفهم والتوقعات بالنسبة لكل التفاعلات فى المستقبل. وتبدأ صيغ القبول - الرفض فى النمو بمجرد أن يولد الطفل، ويصبح إتصال كل البشر ميداناً لتعلم قواعد التفاعل الاجتماعى. ويمكن لهذا الإطار، إذا أكد الزمن ومرة ثانية خلال الخبرات البينشخصية، أن ينمو بشكل أقوى بتقدم الفرد فى العمر. فإذا تم رفض طفل بشكل متكرر، فيمكن لمواقف بنيشخصية صميمة فى المستقبل أن تصلح أساساً كمقدمات للرفض: توجد ارتباطات عقلية قوية بين تلميحات موقفية متعلقة وخبرات الرفض. ويفترض نموذج حساسية الرفض أن مثل هذه الارتباطات المكونة من خبرات رفض طويلة أو حادة مع آخرين هامين، تؤدى إلى نمو توقعات قلقلة خاصة بالرفض (Downey et al., 1997). ويمكن أن تؤثر مثل هذه التوقعات فى الحياة اللاحقة لأن المدركات وأشكال العزو التى يقوم بها الناس تُقاد بطريقة معالجة إلى أعلي وإلى أسفل عن طريق التوقعات التى يدخل بها الناس فى تفاعل.

وهكذا تحمل التوقعات القلقة من علاقة إلى الأخرى، ويمكن أن تكون نموذج تفاعل ثابت مع شركاء فى المستقبل.

ولأن القرائن الحميمة البينشخصية يُحتمل أن تلي سياقات تلقائية وتكون لها دلالة لبلوغ الهدف، فيحتمل أن تسودها معالجة ساخنة Hot processing. وتناقض هذه المعالجة غير المقصودة واللاشعورية معالجة باردة Cool processing تقود عملاً متقناً (Metcalfe & Mischel, 1999). ويعتمد هذا النظام للمعالجة الساخنة على الصيغ والإطارات العقلية التى تكون سهلة المنال (بشكل مزمن أو مؤقت)، موجهة للمدركات والتفسيرات الخاصة بالمواقف الجديدة. ويستخدم كل من بالدوين وزملائه (Bedim et al., 1996) مجالاً خاصاً بمعالجة ثنائية لاكتشاف التوازن الخاص بالعمليات المعرفية والوجدانية التى تنشط فى الاستجابة للتهديد. وفكرة أن الاستجابات المعرفية يمكن أن تنتظم وتتفاعل مع الاستجابات الوجدانية للتهديد تسمح لعلماء النفس أن ينسحبوا على النتائج فى علم الأعصاب الوجداني Affective neuroscience ويوثقوا القيود الخاصة بالمناهج التقليدية والتى أكدت على المعارف أو الوجدانات، ولكن دون تفاعلها.

كما يسمح لنا هذا المجال أن نوفق بين الفروق فى النماذج السلوكية التى يعرضها الأفراد بتواريخ معرفية / اجتماعية مماثلة لإساءة المعاملة. **لماذا تؤدى إساءة المعاملة الوالدية إلى العدوان لدى بعض الناس، فى حين أنها تؤدى إلى الانسحاب الاجتماعى**

لدى الآخرين؟ هل يستجيب البعض إلى الرفض بالغضب بينما يكشف الآخرون عن قلق؟ لماذا يواجه بعض الناس الرفض عن طريق الصمت الذاتي ويواجهه الآخرون بالعنف؟ هذه قضايا تتعدى التمييزات الضخمة فى السياق النمائي ويجاب عليها بأفضل طريقة من خلال كشف العمليات المعرفية / الاجتماعية التى تجعل الأفراد يستجيبون بشكل فريد لمواقف بينشخصية معينة.

تصور حساسية الرفض كنظام دافعي دفاعي

Conceptualizing Rejection Sensitivity as a Defensive Motivational System

كنماذج مقدمة لعلم الأعصاب الفسيولوجي والمعرفي/ الاجتماعي الجديد، أصبحت المعالجة اللاشعورية الضمنية التى تحدث فى قرائن العلاقات ملحوظة بشكل أكثر وضوحاً. وطبقاً لذلك، قمنا بتوسيع مجالنا المعرفي / الاجتماعى لدراسة هذه الدينامية فى إطار الأسس الفسيولوجية والعصبية. ويمكن أن تُحدد أشكال كثيرة من التفاعل مع شخص آخر راحة الفرد خلالها وبعدها. ولأن الحاجة للاستحواذ / الانتماء Belonging / Affiliation تكون بارزة جداً لدى البشر، وبسبب الصدق النشوئى Evolutionary validity لهذه الحاجة يبدو أن تقييم التكافؤ الأساسي لتفاعل اجتماعى قد يكون الخطوة الأولى والحاسمة التى تُتخذ. ولهذا السبب، افترضنا أن

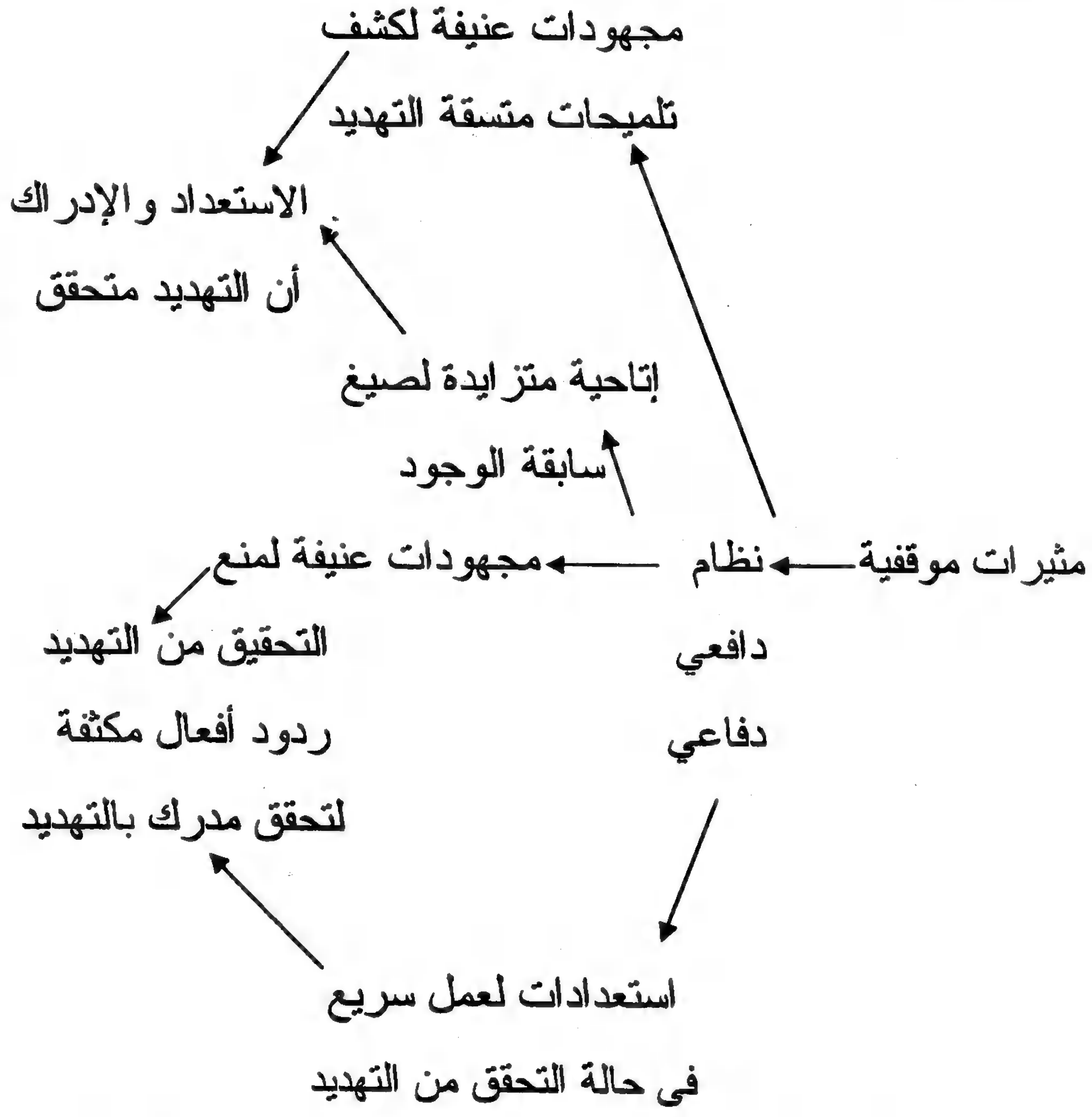
القبول / الرفض هو بُعد متميز لمعالجة المعلومات، وأن حساسية الرفض قد أعيد تصورها بوضوح كنظام دافعي دفاعي والذى يعنى ميكانيزم قائم فسيولوجياً يُستثار استجابة للتهديد من البيئة.

وفى سياق حساسية الرفض يُفترض أن النظام الدافعى الدفاعي ينشط بشكل خاص استجابة لتلميحات القبول / الرفض ويعمل على تقديم استجابة سريعة وفعالة لتهديد فى البيئة، حافظاً الذات من الرفض المخيف. وينغرس هذا التصور للعمل فى الأنظمة البيولوجية العصبية والدافعية. وزاد الفهم الخاص **بكيف تدافع الكائنات عن نفسها ضد التهديدات بصفة عامة؟** وبشكل هائل خلال العقد الماضي، حقق الباحثون ابتكارات فى علم الأعصاب المعرفي والسلوكي والوجداني للرد على هذا الموضوع. وبتجميع دليل من الأبحاث العصبية والسلوكية يقترح بأن نظامين أولين وجداني / أنفعالي ينظمان السلوك: نظام شهوى Appetitive System يستجيب لمثيرات ايجابية (مكافآت)، ونظام ذو مجال دافعي وسلوك استهلاكي ودفاعي يستجيب للمثيرات السلبية الكريهة (العقاب - التهديد) يهيئ الفرد نحو تجنب نشط، وقتال – أو هروب (Cacioppo & Gardner, 1999). واستنتاجاً من هذه الكتابات، اقترح لأنج وزملاؤه (Lang et al., 1990) نموذجاً ينظر إلى الانفعالات البشرية كاستعدادات للعمل تنظم السلوك على طول بُعد شهوى – كريه. وطبقاً لهذا النموذج، فعند مواجهة مثيرات مستثارة متكافئة ومرتفعة بشكل سلبي، يصبح

النظام الدافعي الدفاعي منشطاً للاستعداد من أجل تنفيذ سريع لمجموعة من السلوكيات التلقائية التي تهدف إلى حماية الذات. وما يشكل تهديداً يمكن أن يكون مؤسساً بشكل بيولوجي (رد فعل موروث للتهديد عند رؤية ثعبان) أن متعلم بشكل اجتماعي (يمكن أن يتعلم الناس خلال خبرات رفض بديلة توقع الرفض في مواقف معينة). وتوجه الكيمياء النظام (أى اقتراب مقابل تجنب)، ولكن يحدد مستوى الإثارة كثافة الاستجابة.

ويقترح البحث على كل من الحيوانات والبشر أنه حينما ينشط هذا النظام السلبي – الكيميائي ذو الاستثارة العالية من خلال احتمالية الخطر، فأنه يوجد تضخيم للاستجابة الفسيولوجية لتلميحات غير متسمة بالتهديد. وهكذا، يوجه الكائن إلى تلميحات متناغمة مع حالة التهديد. كما يعد المستوى المرتفع لكيمياء الاستثارة والإهمال الكائن الحي للعمل حينما تؤكد تلميحات أن العاقبة المهددة قد حدثت. وقد جادل جريى (Gray, 1987) أن التهديد ينشط كذلك السلوكيات المكبوتة المنعكسة في مجهودات عنيفة على التجمد والبقاء صامته. وتكمن الدافعية الدفاعية التي تحدد هذه المجموعة السلوكية المكبوتة لتكون غير واضحة، ولتصبح جزءاً من السياق الموجود، ولتذهب غير ملحوظة، كطريقة لمنع التهديد من التوجه نحو الذات. ويجب أن يكون التجمد السلوكي حذراً لأعلي درجة للإبقاء على حالة مرتفعة من الاستعداد للعمل في حالة فشل المجهودات الوقائية

(Gray, 2000). وهكذا يقترح هذا الإطار بأن تحولاً يمكن أن يحدث من الوسائل المكبوتة المركزة على الوقاية لتكثيف ردود أفعال قتال – أو هروب إذا أو عندما تدرك عاقبة مهددة ليتم تحاشيها أو تكون قد حدثت من قبل. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



شكل (١) يوضح حساسية الرفض كنظام دافعي دفاعي

ويوازى عن قرب الوصف الظاهرى لعملية نظام حساسية الرفض عملية النظام الدافعي الدفاعى. وطبقاً لتصور حساسية الرفض، ففى مواقف معينة يكون الرفض فيها ممكناً (على سبيل المثال، مقابلة رفيق يعطى موعداً متوقعاً، وطلب معروف من صديق لفرد). فالأفراد الذين يكونوا مرتفعين فى حساسية الرفض يكونوا غير متأكدين عما إذا كانوا سيكونون مقبولين أو مرفوضين، ولكن العاقبة تكون ذات أهمية قاطعة لهم. ويؤدى هذا الرأي إلى فروض تحيط بالارتباطات الفسيولوجية لكونهم فى موقف متعلق بالرفض. وكما ذكرنا سلفاً ، تكون المواقف التى يتوقع فيها الفرد الرفض مهددة. ولابد أن تنشط النظام الدافعي الدفاعى، مما يؤدى إلى تركيز مرتفع على تلميحات التهديد ومعالجتها بشكل متميز (Ohman, 2000) . وستكون المثيرات الغامضة أكثر إحتمالاً لأن تفسر حينئذ فى تواز مع هذه التوقعات. ومن أجل ضمان الحياة، فأنه أكثر أماناً الإفراط فى التفاعل من التقاعس عن التفاعل مع تلميحات حقيقة يمكن أن تنتهى إلى أن تكون مهددة للحياة. وحينئذ يفضل الفرد المرتفع فى حساسية الرفض "استراتيجية آمنه بشكل أفضل من الأسف" للحماية من الرفض، فى حين أن الفرد المنخفض فى حساسية الرفض قد يخاطر بعدم كشف تلميحات رفض خفيف، لأن مثل هذه التلميحات أقل تهديداً من الناحية الذاتية للفرد المنخفض فى الحساسية. وهكذا، فأنه بالنسبة

للأفراد المرتفعين فى الحساسية تتدمج فى المواقف التى يتوقعون فيها قلق الرفض التقديرات المعرفية للتهديد تحت ظروف الشك.

ويوجد اقتراح أنه عند التنشيط ، فإن نظام الدافع الدفاعى يسهل المراقبة وكشف التلميحات التى تتعلق بالتهديد ويعد الفرد لاستجابة سريعة عندما تُكتشف تلميحات الخطر. وفى المواقف التى يُتوقع فيها الرفض، ينشط هذا النظام تلقائياً لدى الأفراد ذوى حساسية الرفض المرتفعة. ويمكن أن يساعد تنشيط هذا النظام على تفسير الاستعداد الذى يدرك معه الأفراد ذوو حساسية الرفض المرتفعة الرفض فى سلوك الأخرين ويساهم فى تكثيف استجاباتهم للرفض المدرك.

واختبرت دراسة حديثة أجريت بواسطة داوني وزملائه (Downey et al., 2004) الفرض بأن المواقف البينشخصية الغامضة يمكن أن تثير إحساساً بالتهديد لدى الأفراد ذوى حساسية الرفض المرتفعة وتنشط نظام الدافع الدفاعى حيث يمكن أن يخبروا استثارة سلبية عالية. وفى هذه الدراسة تعرض المشاركون لمثير مروع فجائي أثناء رؤية أعمال فنية متنوعة تصف أربعة أنواع من الموضوعات: الرفض ، والقبول ، والإيجابية اللابينشخصية Noninterpersonal positive أو السلبية اللابينشخصية Noninterpersonal negative . وأظهر الأفراد ذوو حساسية الرفض المرتفعة الذين كانوا ينظرون إلى صور رفض فاعلية للمثير المرعب. وأوضحت هذه الدراسة أن المواقف البينشخصية

السلبية وضعت الأشخاص ذوى الحساسية المرتفعة فى حالة تهديد، فى حين استجابوا بمزيد من الشدة للمثيرات التى يمكن أن توصل إلى الرفض.

وتوضح الدراسات السلوكية الصلات الإضافية فى النموذج، ولأن الناس يحتمل أن يفسروا الأحداث طبقاً لتوقعاتهم – يتم الاهتمام بالمثيرات ، وتعالج ويتم تذكرها بطرق تؤكد التوقعات – وتدرك التفاعلات البينشخصية السلبية أو الغامضة بواسطة الأفراد ذوى الحساسية المرتفعة باعتبارها إهانات شخصية، وتعزى إلى رفض مقصود بواسطة الأخرين. وطبقاً لذلك، اختبرت الصلة بين توقعات الرفض القلقة ومدركات الرفض المقصود فى السلوك السلبي أو الغامض لآخرين تمت مواجهتهم حديثاً بواسطة داوني وفيلدمان (Downey & Feldman, 1996) . وكان الأفراد ذوو حساسية الرفض المرتفعة، حينما لم يعطوا تفسيراً بديلاً للعاقبة البينشخصية السلبية (مثل قيود الوقت الذى يحدد تفاعلاً اجتماعياً) أكثر احتمالاً أن يشيدوا هذه العاقبة باعتبارها مدفوعة شخصياً ورافضة عن قصد. وبالمثل، قرر الأفراد ذوو الحساسية المرتفعة إدارك الرفض القصدى فى السلوك المتباعد لوالديهم.

ومع أن مدركات الرفض يحتمل أن تؤدى إلى نوع ما من رد الفعل لدى كل فرد، فأنها تؤدى بالنسبة للأفراد المرتفعين فى حساسية الرفض إلى تفاعلات مكثفة بشكل غير لائق ودفاعية

بشكل مرتفع. على سبيل المثال، فى دراسة أولية، طُلب من المشاركين أن ينطقوا بأسرع ما يستطيعون كلمات دريئة ظهرت على الشاشة تبعت كلمات رفض. فالبنسبة للنساء ذوات حساسية الرفض المرتفعة، سهلت أوليات الرفض نطق دريئات العدائية التى تلت. ويوحى هذا بارتباط تلقائي بين الرفض والعدائية (Aydk et al., 2000).

وفى دراسة يوميات تشمل أزواج متواعدين، أوضح داونى وزملاؤه (Downey et al., 1998) أنه فى الأيام التى تلي صراعاً، أدركت النساء ذوات حساسية الرفض المرتفعة أقرأنهن باعتبارهم أقل قبولاً وأكثر انسحاباً مما أدركت النساء ذوات الحساسية المنخفضة. وكأن أقرأن النساء المرتفعات فى حساسية الرفض، فى غضون ذلك، أكثر احتمالاً لأن يعبروا عن عدم الرضا فى العلاقة مما كأن أقرأن النساء المنخفضات فى حساسية الرفض.

وليست عواقب حساسية الرفض قاصرة على علاقات الراشدين. وُتكتسب الدينامية مبكراً ، ولوحظ الدليل على أدائه فى الأطفال الصغار مثل من هم فى الصف الخامس. وبينت الدراسات التى أجريت مع أطفال المدرسة المتوسطة أن الأطفال المرتفعين فى حساسية الرفض يخبرون صعوبات بينشخصية تشمل سلوكاً عدوانيا، ومضاداً للمجتمع، وعلاقات محيرة مع الرفاق

والمدرسين، ومشاكل انضباطية تؤدى إلى حرمان مؤقت (Downey et al., 1998).

وتقدم النتائج السابقة فى مجال معرفي / اجتماعي مساندة للرأي بأن حساسية الرفض تعمل فى نطاق دائرة شريرة مع توقعات الرفض، التى تدخل فى أعمال حركية تؤدى إلى إنجازها. وهكذا ، تبدو حساسية الرفض عند اللمحة الأولى شبكة مختلة وظيفياً تؤيد الصعوبات الشخصية البينشخصية.

مراجع الفصل الثالث:

1- Aydk, O., Downey, G., & Kim, M. (2001). Rejection sensitivity and depressive symptoms in women. Personality and Social Psychology Bulletin, 27,868-877.

2- Aydk, O., Menaza. Denton, R., & Downey, G. (2000). Rejection the interpersonal self: Strategic self. Merulation for coping with rejection sensitivity. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 82-102.

3- Baldwin, M., Keelan, j., Fear, B., & Enms, V. (1996). Social – sensitive

conceptualization of attachment working models: Availability Personality and Social Psychology, 71, 94-109.

4- Bradbury, T., & Fincham, F. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. Psychology Bulletin, 107, 3-33.

5- Cocioppo, J., & Gardner, W. (1999). Emotions. Annual Review of Psychology, 50, 191 – 214.

6- Downey, G., & Aydk, O. (2002). Correlates of rejection sensitivity in collage students. Unpublished new data.

7- Downey, G., & Feldman, S. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate. Relationships. Journal Personality and Social Psychology, 70, 1327 – 1343.

8- Downey, G., Freitas, A., Michealis, B., & Kauri, H. (1998). The self. Lulfieeing prophecy in close relationships: Rejection sensitivity and rejection by

romantic partners. Journal of Personality and Social Psychology, 75, 545 – 560.

9- Downey, G., Kauri, H, & Feldman, S. (1997). Early interpersonal trauma and later adjustment: the mediational mal of rejection sensitivity. I D. Cicchetti & Toth (Eds.), Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention. Rochester Symposium on Developmental Psychology, Vol. 8 (pp. 85 – 114). Rochester Cnivsity Press.

10- Downey, G., Lebolt, A., Rincon, C., & Freites, A. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. Child Development, 69, 1074 – 1091.

11- Downey, G., Mougois, V., London, B., & Shada, Y. (2004). Rejection sensitivity and the defensive mediational system: insights from the startle response to rejection cups. Psychological Scien, 15, 668 – 673.

12- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediatar of the impact of childhood exposure to family vilence an adutattchment behavior. Development and Psychopathology, 6, 231 – 247.

13- Fritz, H., Nagurney, A., & Helgeson, V. reactivity during problem disclosure among friends. Personality and Social Psychology Bulletin, 29, 713 – 725.

14- Gray, J. (1987). The psychology of fear and stress (2nd ed.). New York: Mc G may – Hill.

15- Gray, J. (2000). Three fundamental emotional system. In P. Ehman & R. Davidson (Eds.), The nature of emotion (pp. 243 – 247). New York: Oxford University Press.

16- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic lave conceptualized as an attachment

process. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 511 – 524.

الفصل الرابع

إساءة الطفولة وعواقبها

فى المراهقة والرشد

Childhood Abuss and it outcomes

in Adolescence and Adulthood

فى هذا الفصل، سنتناول العواقب السيئة لإساءة وإهمال الطفل فى المراهقة والرشد ، مدعمين ما ورد فى التراث النفسى فى هذا المجال بنتائج الدراسات الإمبريقية.

وتتمثل عواقب إساءة وإهمال الطفل فى العديد من المشكلات والاضطرابات العقلية، منها الاكتئاب ، واضطراب تعدد الشخصية ، واضطراب التحول، واضطراب الضغط التالي للصدمة ، والانتحار ، والمرض السيكوسوماتى، واضطرابات الأكل، والاعتماد على العقاقير.

وفيما يلى سوف نلقي بعض الضوء على تلك العواقب، موضحين كيف تؤثر إساءة وإهمال الطفل فى نشأة وتفاقم تلك العواقب السيكوباثولوجية.

أولاً: التوافق الذى يلي كشف الإساءة الجنسية

Adjustment Fallowing Sexual Abuse Discovery

رأى العقد الماضى زيادة هائلة فى الدراسات التى تركز على الإساءة الجنسية وعلاقتها بالعواقب لدى الأطفال. فالإساءة الجنسية فى الطفولة فى كل من عينات إكلينيكية وغير إكلينيكية قد كانت مرتبطة بشكل متسق بعدد من مشاكل التوافق، التى تشمل الاكتئاب، واضطراب الضغط التالي للصدمة، وتقدير الذات المنخفض. ومع ذلك، فإن ضحايا الإساءة الجنسية يتنوعون على نطاق واسع فى توافقهم، فبعضهم يُظهر مستويات دالة من الأعراض وتقدير الذات المنخفض، فى حين أن بعضهم الآخر لا يُظهر هذه العواقب. وتقترح بعض الأدلة أن الفروق الفردية فى التوافق تختلف كدالة لشدة الإساءة. وارتبط التوافق الأدنى بأحداث أكثر من الإساءة، واستخدام القوة، والإساءة بواسطة الوالد.

ورغم ما سبق، نجد أن الصلة بين شدة الإساءة والعواقب ضعيفة وغير متسقة، وتقدم فهماً محدوداً لكون ضحايا الإساءة الجنسية أكثر إحتمالاً لأن يتوافقوا بشكل سئ، وقد يرجع ذلك إلى وجود بعض المتغيرات الأخرى التى تساعد على سوء التوافق فضلا عن الإساءة الجنسية، ومن هذه المتغيرات خبرة الخزء Experience of shame وأسلوب العزو Attribution style

خبرة الخزي:

تـم افتـراض أن خبـرة الخـزى كعاقبـة Consequence للإسـاءة الجنسـية تكـون ميكانيزمـاً انفعاليـاً هامـاً لتفسـير مَـن مِـن ضحايا الإسـاءة الجنسية ينمون مشـاكل توافق. والخبـرة الظاهريـة للخزى هى رغبة فى إخفاء الذات المدمرة Damaged self عن الأخـرين، للاختفـاء أو المـوت (Tangney, 1995). إنهـا حالـة تشـعر فيهـا الـذات الشـاملة Whole self بالخلـل والقصـور Defective، غالباً كنتيجة لفشل مدرك عن معايير مفروضة على الذات. وتوضح الملاحظـة الإكلينيكيـة أن ضـحايا الإسـاءة الجنسـية يعبرون عن الرغبة فى تجنب التعرض وإخفاء أنفسهم عند الحديث عن الإساءة. وقد ترتفع مشـاعر الخزى بعمليـة الاكتشـاف للإسـاءة، وقد يشـعر الطفل خلالها بـالتعرض إلـى الفحص العلنـي. وفـى هذا الوقت تصبح الإساءة معروفـة لـدى أعضـاء الأسـرة، وللعـاملين فـى الخدمة الوقائية للطفل، وللمسئولين عن تنفيذ القانون.

والأشكال الأكثر شدة من الإسـاءة ، مثل الحوادث المكررة سـوف يتوقـع منهـا إسـتثارة خـزى أكبـر، وهـى تقـدم حجمـاً أكبـر لانتهاك من السلوك المقبول. وكذلك، فإن الشدة الأكبر قد تكون مرتبطـة بإحسـاس بـأن الإسـاءة يصـعب الـتحكم فيهـا، ولـذلك، فإنهـا تستثير مزيداً من الخزى.

أسلوب العزو:

ويتم تضمين العمليات المعرفية فى انفعال الخزى المقوّم ذاتياً. ويرتبط الخزى بتقويمات الأفراد لتصرفاتهم بالنسبة لمعاييرهم وعزوهم الخاص بالذات. ويوجد اعتقاد بأن كيفية تقويم الضحية للأحداث بصفة عامة والإساءة بصفة خاصة أنها تلعب دوراً هاماً فى التوافق. فالأحداث السلبية مثل الإساءة الجنسية يمكن أن تؤدى إلى زيادة فى التركيز على الذات وتقويم الذات. وأسلوب العزو التشاؤمي Pessimistic attribution (أى، عمل عزو شامل ثابت داخلي لأحداث سلبية وعزو نوعي شامل غير ثابت خارجي بالنسبة للأحداث الإيجابية) لدى عينات لم يقع عليها إساءة يتعلق بالخزى، وتقدير ذات منخفض، واكتئاب. وبالنسبة للراشدين والأطفال الواقع عليهم إساءة، فإن أسلوب العزو التشاؤمي يتعلق بأعراض اكتئابية أكثر وتقدير ذات منخفض. كما يشير البحث فى هذا المجال إلى أن مستويات أعلي من العزو الداخلي للإساءة تتعلق بأعراض أكثر من الاكتئاب ، والقلق ، واضطراب الضغط التالي للصدمة. وبالتالى، فأن أساليب العزو النوعية للإساءة والتى فى مخاطرة عامة أكثر تكون متضمنة فى التوافق.

وبمجرد أن تؤخذ فى الاعتبار شدة الإساءة ومستوى التوافق عند اكتشاف الإساءة ، فإننا سوف نتوقع أسلوب خزى وعزو لتفسير تغير إضافي فى توافق تالي للضحايا. ويعتبر الخزى

المرتفع والعزو الكبير بمثابة مخاطرة تتعلق بتوافق سيء (شدة الأعراض الاكتئابية، واضطراب الضغط التالي للصدمة ، وتقدير الذات المنخفض.

ثانياً: إساءة الطفولة والاكتئاب فى الرشد

Childhood Abuse and Adult Depression

بسبب ما لموضوع الاكتئاب من أهمية على مستوى البحث النفسي وعلى مستوى العلاج، نشطت النظريات الكبرى فى اقترحت نظريات معرفية عديدة أن التفاعلات مع مقدمى الرعاية المبكرة تزود بالأساس الخاص بأبنية سلبية لمعالجة المعلومات. فمقدموا الرعاية الذين يعاقبون بشكل غير ملائم، والجافون فى المعاملة، والناقدون أو المهملون يتسببون فى تطوير أبنية وجدانية وصيغ معرفية سلبية لدى أبنائهم. وبذلك، فإن الاكتئاب فى الرشد يتعلق بتطور هذه المتغيرات فى الطفولة، ويعكس ذلك الأمر أن هذه الأبنية الخاصة بالاستهداف تشكل جوهر الاكتئاب الذى يحدث طوال الحياة (Beck, 1967; Segal, 1988; Ingran et al., 1998).

ويذهب بولبي (Bowlby, 1980) صاحب نظرية التعلق إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة من الآباء للأبناء تؤدى إلى شعور الفرد بالعجز عن إقامة علاقات انفعالية أو الاستمرار فيها، مما قد يؤدى إلى الاكتئاب.

ويشير رونر (Rohner, 1986) صاحب نظرية القبول / الرفض الوالدى إلى أن بُعد إدراك القبول / الرفض الوالدى يعتبر بُعداً حاسماً فى نمو وتكوين الشخصية للأبناء، كما يترتب عليه

أثار محددة تنعكس على سلوك الأبناء ونموهم العقلى والانفعالى، كما تؤثر فى الأداء الوظيفى لشخصية الراشدين.

ويشير روتر (Rutter, 1990) إلى أن عدم وجود علاقة آمنة يسوها الحب والدفء بين الطفل ووالديه تجعل الفرد يشعر بعدم الكفاءة وعدم الثقة والعجز فى المواجهة، كما أن عدم وجود علاقة حميمة يمثل منبئاً ليس بالاكتئاب فحسب بل باضطرابات الشخصية الأخرى.

وعلى صعيد آخر، اقترح بلات (Blatt, 1974) نمطين فرعيين لخبرات الاكتئاب، أحدهما الاكتئاب الحدادى أو الاعتمادى an anaclitic of dependent depression، الذى يركز على قضايا بينشخصية مثل الاعتمادية والعجز ومشاعر الافتقاد والهجر. والثانى هو الاكتئاب الاستدماجى أو الناقد للذات an introjection or self – critical depression الذى يركز على قضايا خاصة بتحديد الذات مثل الاستقلال ونقد الذات ومشاعر الفشل والذنب.

وقد أوضح بلات وهومان (Blatt & Homan, 1992) أن الميول تجاه الاعتمادية أو نقد الذات ترتبط بخبرات الطفولة المبكرة المتمايزة. فالأفراد الاعتماديون غالباً ما شعروا بالهجر والإهمال وعدم الدفء والعطاء الوالدى خلال طفولتهم. أما الأفراد الناقدون للذات، فقد تم إشباع احتياجاتهم الأساسية ولكنهم منعوا من

أن يصبحوا مستقلين ومطورين لإحساس كفاءة الذات لديهم، كما شعروا بالتحكم والعقاب والإكراه من قبل الوالدين.

ويتضح من افتراض "بلات وهومان" الخاص بالتنشئة الاجتماعية لدى الأفراد الاعتماديين والناقدين للذات، أن هناك اختلافاً فى أساليب التنشئة الوالدية الخاصة بأى من الاعتمادية أو نقد الذات. وهذا ما دعمته دراسة روسنفارب وزملائه (Rosenfarb et al., 1994) حيث أسفرت نتائجها عن ارتباط الاعتمادية بإدراك الإهمال الوالدى. بينما ارتبط نقد الذات بإدراك الصعوبات فى تكوين علاقات جيدة مع الآباء خلال مرحلة الطفولة.

وعلى الرغم مما أقره التراث النظرى وأيدته الدراسات الإمبريقية فى هذا المجال، إلا أن هناك جدلاً بين الباحثين حول ما إذا كانت الاعتمادية ترتبط بالدفء أو الإهمال الوالدى. وكان السبب وراء هذا الجدل هو ما افترضه بلات (١٩٧٤) بأن الاعتمادية ترتبط بغياب الانتباه الوالدى، ثم جاء بلات وشيكمان (Blatt & Shichman, 1983) وافترضا أن الاعتمادية ترتبط بتدليل مُبالغ فيه من قبل الوالدين. وقد انتهى هذا الجدل بما افترضه ماك كرانى وباس (Mccranie & Bass, 1984) بأن الأفراد الاعتماديين قد ينكرون أو يكبتون مشكلاتهم مع الشخصيات الوالدية، لأنهم يخافون من علاقات قريبة مزعجة.

ثالثاً: اضطراب تعدد الشخصية باعتباره اضطراب تعلق

Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder

قد ينظر الفرد إلى اضطراب تعدد الشخصية باعتباره اضطراب تعلق معقد عن طريق نتائج الإساءة النشطة Active abuse (أعمال محددة تسبب الأذى البدنى أو الجنسى). وعندما تتفكك أو تنفصل الأم (أو الراعى الأساسى الآخر)، فإن الطفل يمكن أن يستخدم التفكك باعتباره الدفاع الأساسى ضد الصدمات الغامرة الخاصة بالإساءة النشطة. ويمكن أن يلاحظ المعالج دليلاً لاضطراب التعلق فى كل ناحية تقريباً من العلاج النفسى لاضطراب تعدد الشخصية.

أنواع الصدمات: Varieties of trauma

من المحتمل أن الاهتمام الإكلينيكى المحدد فى اضطراب تعدد الشخصية لم يمكن أن يكون قد حدث حتى قبل الإكلينيكيون أن تقارير الإساءة المقدمة بواسطة العملاء الراشدين لم تكن بالضرورة تخييلات للأشكال الأوديبية أو أى أشكال أخرى. وكما قرر كلافت (Kluft, 1990) بإحكام ، "تتبين بشكل متزايد أهمية الصدمات الحقيقية لتفاقم المرض النفسى". وأوضحت دراسات عديدة العلاقة الجوهرية بين التشخيص وتقارير المرضى الخاصة بالإساءة فى الطفولة. ولاحظت دراسات بعيدة النظر تفاقم

الأعراض التفككية واضطراب تعدد الشخصية لدى الأطفال المساء إليهم. كما أكدت نظريات وصفية خاصة باضطراب تعدد الشخصية الصدمات كعامل مرضى. وبالذهاب إلى ما بعد المرض، مالت كتابات عملية عن علاج اضطراب تعدد الشخصية إلى التركيز على التأثيرات المباشرة وغير المباشرة لصدمات الطفولة على طرح المريض وتعقيد المرض.

وبالإضافة إلى الخبرات الصدمية السادية Sadistic، والطقوسية Imvasive، والاجتياحية Rtualistic والإذلالية Humiliating التى قررها مرضى اضطراب تعدد الشخصية، تقترح المادة الإكلينيكية بأن نوعاً آخراً من صدمات الطفولة قد يكون شاملاً. وفى نطاق البيئة الصدمية الكلية، فإن نمطاً أخراً من الصدمات يُسمى فشل الوالدين فى الاستجابة ' The parents failure to respond يؤثر بعمق فى تفاقم سيكوباثولوجية التفكك (Barach, 1991). ويتضمن فشل الوالدين فى الاستجابة: (١) فشل الوالدين فى حماية الطفل من الإساءة، (٢) ميل الوالدين إلى التفكك أو الانعزال من الانغماس الوجداني مع الطفل. ومع أن الإهمال البدنى يمكن أن يتبع، فإن فشل الأم المزمن فى الاستجابة لمؤشرات الأسى أو الحاجة الانفعالية لدى الطفل يكون نفسه صادماً ومسبباً فى النهاية فصلاً أو انعزلاً متطابقاً Corresponding detachment لدى الطفل. ويحدد الانعزال التفاعلى للطفل مرحلة

الاعتماد Reliance على التفكك كاستجابة للإساءة النشطة.

وفى هذا الصدد، وصف "بولبى" كيف أن الطفل المهمل انفعالياً (المساء إليه بشكل سلبي) ينفصل من العلامات الداخلية والخارجية التى ستؤدى به بشكل طبيعي إلى البحث عن والده، وتستخدم الأدبيات الأجنبية فى مجال اضطراب تعدد الشخصية التسمية تفكك لنفس الحالة التى أسماها "بولبى" فصلاً أو انعزالاً.

وقد أوضحت دراسة جيدة التصميم عن التوائم، أن القابلية للوراثة الجينية المقررة للتفكك كانت صفراً ، الأمر الذى يعكس أن هذه الحالات قد تُدفع بشدة من خلال الصدمات البينية (Waller et .al., 1996)

رابعاً: إساءة الطفولة واضطراب التحول

Childhood Abuse and Conversion Disorder

يتسم اضطراب التحول بوجود قصور يؤثر فى الوظائف الإرادية الحركية والحسية. ورغم وجود اقتراح بأن هذه الأعراض ترجع لأسباب عصبية أو عضوية ولكن يعتقد أنها ترتبط بضواغط نفسية (DSM-IV, 1994).

وأكد جانت (Janet, 1907) العلاقة بين اضطراب التحول وصدمة الطفولة فى نهاية القرن التاسع عشر. لقد نظر إلى تفكك العمليات المعرفية والحسية والحركية باعتبارها توافقية فى سياق خبرة صدمية غامرة. ويمكن أن تؤدى ردود فعل انفعالية غير محتملة لخبرات صدمية إلى حالة شعور متغيرة. ولأن جانت اعتبر أن هذا التغير فى الشعور يعتبر شكلاً من التنويم، فإن نظريته يشار إليها باعتبارها نظرية التنويم الذاتى لأعراض التحول The autohypnosis theory of conversion symptoms.

وفى تواز مع "جانت" ، جادل مؤلفون معاصرون بأن أعراض التحول تتضمن تفككاً للعمليات الحسية والحركية وتشبه الأعراض ظاهرة تفككية مستثارة فى التنويم بواسطة اقتراحات التغيرات فى المعالجة الحسية أو الحركية. وفى كل من اضطراب التحول والتنويم، فإن الظواهر التفككية تتسم بمعالجة معلومات واضحة مقموعة (شعورية وإرادية)، فى حين أن معالجة المعلومات

الضمنية أو الآلية لا تزال سليمة. والمرضى المصابون بالعمى التحولى Conversion blindness ، على سبيل المثال، لا يقررون بشكل نمطي وعياً واضحاً، فى حين أن المثيرات البصرية قد كانت متبينة بشكل متكرر على أنها تؤثر ضمنياً فى سلوكهم. ومثل هذا التفكك بين المعالجة الضمنية والواضحة يُسمى تفككاً معرفياً حينما يؤثر فى أداء الذاكرة وتفككاً ذا شكلاً بدنياً حينما يؤثر فى الأداء الحسي أو الحركى، كما هى الحالة فى اضطراب التحول.

والتنبؤ الرئيسى لنظرية التنويم الذاتي هو أنه توجد علاقة بين إيذاء الطفولة وأعراض التفكك ذات الشكل البدنى التى تتوسط عن طريق عملية يستخدم فيها الفرد الذى تم إيذائه قدراته التنويمية الفطرية للحث على التنويم الذاتي Self-hypnosis كاستجابة دفاعية لأحداث صدمية غامرة. ويتضمن هذا التنبؤ أن الأشخاص الأكثر قدرة على استثارة الخبرات التفككية تحت التنويم يمكن أن يكونوا أكثر احتمالاً لأن ينموا أعراض تحول كرد فعل للإيذاء.

ويكون أحد الافتراضات الهامة لنظرية التنويم الذاتي لاضطراب التحول، هو أنه توجد علاقة بين أعراض التحول والحساسية التنويمية. وتم تأكيد هذه العلاقة بدارستين مضبوطتين منهجياً. والفرض الرئيسى الآخر لنظرية التنويم الذاتى هو أن

اضـطراب التحـول يـرتبط بإيـذاء الطفولـة. ورغـم حقيقـة أن هـذا الافتراض مبنى على نحو واسع حالياً، فإن نوبات صـرعية زائفة تشكل الـنمط الوحيد لاضـطراب التحـول الـذى لـه علاقـة واضـحة بخبرات صدمية تم تبينها.

وخلاصة القول، نجد أنه على الرغم من وجود دليل بالنسبة للعلاقـة بين الحساسيـة التنمويميـة وشدة الأعـراض فـى اضـطراب التحـول، فـإن الـدور المزعـوم لإيـذاء الطفولـة ينقصـه التـدعيم الإمبريقي، وحتى الأكثر أهمية، فنحن لا نعرف دراسات فحصت افتـراض نظريـة التنـويم الـذاتى بـأن العلاقـة بـين إيـذاء الطفولـة وأعراض التحول تتوسطها الحساسية التنويمية.

خامساً: صدمة الطفولة واضطراب الضغط التالى للصدمة

Childhood Trauma and Posttraumatic Stress Disorder

على الرغم من أن كثيراً من الناس يتعرضون للصدمات، فإن بعض الأفراد فقط ينمون اضطراب ضغط تالي للصدمة، ومعظمهم لا ينمون هذا الاضطراب. وبالإضافة إلى ذلك، ففى نسبة كبيرة من الأفراد الذين ينمون الاضطراب، يختفي الاضطراب تماماً على مر الزمن. وتوحي هذه النتائج بأن الاضطراب التالي للصدمة المزمن قد يمثل نمطاً معيناً من التكيف للصدمات الذى لا يكون نمطياً لمعظم الأفراد، ولكن يُرى نوعاً لدى أفراد لديهم نوع معين من الاستهداف للضغط. والباحثون قد حددوا عوامل مخاطرة نفسية اجتماعية عديدة للوقوع فى اضطراب الضغط التالى للصدمة، تشمل تاريخاً من التعرض لأحداث صدمية، والتعرض لأحداث صدمية متعددة، والتعرض لصدمات جنسية أو بدنية فى الطفولة، والخبرة الذاتية للخوف بالنسبة لحياة الفرد. وعلى الرغم من أن هذه العوامل لازالت تترك قدراً كبيراً من التباين غير المفسر، فإن الفحوص التى تقوّم عوامل المخاطرة لتفاقم اضطراب الضغط التالي للصدمة تستمر.

وعلى مدى العقد الماضى، بدأ باحثون عديدون فى فحص العلاقة بين الصدمات وأعراض التفكك وتفاقم اضطراب الضغط

التالي للصدمة. وإذا ما أخذت هذه المتغيرات معاً، فإن البيانات من دراسات عديدة تقترح أن أعراض التفكك قرب الصدمات (أى أعراض التفكك التى تخبر خلال ولفترة قصيرة مباشرة بعد التعرض لحدث صدمى) تمثل عامل مخاطرة دال للتفاقم التالى لاضطراب الضغط التالى للصدمة. كما تبدو أعراض التفكك متعلقة بشكل دال بالشكاوى البدنية التى يقررها ضحايا الصدمات، وقد تلعب دوراً فى العلاقة المقررة بين اضطراب الضغط التالى للصدمة والصحة البدنية.

وعلى الرغم من الخداع، فإن هذه النتائج لا يمكن تفسيرها بدرجة مرتفعة من التأكد لأنها كانت قائمة على تفسيرات استعادية Retrospective accounts. وبالتالي، يبقي من غير الواضح ما إذا كان:

١- التفكك يصلح كعامل مخاطرة بالنسبة للتفاقم التالي لاضطراب الضغط التالى للصدمة.

٢- تسبب الصدمات بشكل مستقل تفككاً واضطراب ضغط تالى للصدمة.

٣- أو أن الأفراد ذوى أعراض تفككية حالية يكونوا متحيزين نحو تقرير مفرط لوجود وشدة أعراض تفككية فى وقت صدمة ماضية.

وعلى الرغم من أن التفكك القريب من الصدمات يبدو أنه

عامل مخاطرة بالنسبة للمرض المتعلق بالضغط، فمن المدهش أن قليلاً ما يُعرف عن طبيعته وتكراره لدى الأفراد (مثل الهيئة العسكرية) المرتفعين فى المخاطرة بالنسبة للتعرض للصدمات واضطراب الضغط التالى للصدمة.

سادساً: الإساءة فى الطفولة وسلوك الانتحار فى المراهقة
Childhood Abuse and Suicidal Behaviour in Adolescence

يتبين سلوك المراهق الانتحارى على نحو متزايد باعتباره مشكلة صحية عامة عظمى. وتشير تقارير اليونيسيف (UNICEF, 1993) إلى أن أعلي معدل من الانتحار المكتمل بين الشباب فى العالم الصناعي (١٦,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠) حيث يكون الانتحار هو السبب الأكبر شيوعاً للموت بالنسبة للبالغين من العمر ١٥-٢٤ سنة. وفى حين أن الخطورة الطبية لمحاولات الانتحار تتنوع، فإن مصادراً جديرة بالاعتبار يتم احتياجها للعلاج الطبي والطبنفسى للتعقيدات.

وقد أدى الوعى بهذه القضايا إلى التأكيد المتزايد على الكشف المبكر لأولئك الذين فى أعلى مخاطرة من الانتحار، وفحص البيئة البينشخصية للمراهقين، وبصفة خاصة التأثيرات التى للوالدين على نماء أبنائهم. فالعلاقة بين الانتحارية وجودة الوالدين هى الأكثر وضوحاً حيث تكون الحياة الأسرية ممزقة نتيجة الخلاف الوالدى، والانفصال الوالدى، والتغيرات لدى مقدم الرعاية، والإساءة البدنية أو الجنسية. وبالإضافة إلى ذلك، تقترح الخبرة الإكلينيكية أنه حتى فى غياب التمزق الرئيسى فى الأسرة، فإن المراهقين الانتحاريين يتعرضون غالباً إلى اللوم والنقد وجهاً

لوجه من الوالدين، ليس فقط خلال الأزمات الانتحارية ولكن على أساس أطول (Allison et al., 1995).

وفى هذا الصدد، يشير برودسكي وزملاؤه (Brodsky et al., 2001) إلى أن صدمات الطفولة المبكرة ارتبطت بالسلوك التدميرى للذات والانتحار فى الحياة. وبالرغم أن السبب فى هذا الارتباط غير واضح، فإن الانتشار المرتفع لتاريخ الإساءة فى الطفولة بين المجتمعات ذات الشخصية البينية Borderline personality (التى تتسم بالاندفاعية وإيذاء الذات) حفز البحث فى الميكانيزم، وعليه تؤثر الإساءة فى الطفولة فى نماء الشخصية. وقد يتوسط جزئياً الارتباط بين صدمة الطفولة والسلوك التدميرى للذات فى الرشد عن طريق العلاقة بين تاريخ الإساءة وتطور الأسس البيولوجية والنواحي النفسية لسمة الاندفاعية. فالاندفاعية والعدوان قد يكونا سمتين للشخصية تنميان أو تكونا أكثر وضوحاً استجابة لخبرات الطفولة الخاصة بالصدمات والفقد.

وقد توصلت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال إلى أن ضحايا الانتحار كان لهم اتصال أقل تكراراً بشكل جوهرى وأقل إرضاء مع أمهاتهم أو آبائهم. وأن ضحايا الانتحار كانوا أكثر احتمالاً لأن يتعرضوا لخصام بينهم وبين الوالدين، كما يتعرضون للإساءة البدنية فى الطفولة. وبصفة عامة، لوحظ انتشار العدوان الأسرى لدى الأطفال الانتحاريين المحددين فى المجتمع العام.

سابعاً: التعلق والمرض السيكوسوماتى

Attachment and Psychosomatic Disease

توجد مجموعة من الأدلة التى تصف انتشاراً واسعاً من الصدمات النفسية الماضية (بصفة خاصة الإساءة الجنسية) لدى أفراد ذوى مجموعة متنوعة من الحالات البدنية التى تشمل اضطرابات معد يمعوية وألم عضلي ليفي وزملات أعراض خاصة بالألم. وأحد الأسئلة الرئيسية لأى نموذج ينسب مخاطرة المرض لأحداث شائعة نسبياً مثل الصدمات، والفقد ، والعزلة، أو لخبرة الضغط الكلية هو كيفية تفسير النموذج للفروق الفردية فى الحساسية النفسية الاجتماعية.

وفى هذا الميدان نوضح أن نظرية التعلق Attachment theory يمكن أن تمتد إلى نموذج بيولوجي نفسى اجتماعى Biopsychosocial model للنمو والصحة يفسر عدم الاتساقات فى الكتابات الخاصة بالضغط والمساندة الاجتماعية. ويفسر نموذج التعلق كيف تؤدى التفاعلات الحاسمة المتكررة بين الطفل ومقدم الرعاية إلى نماذج طويلة المدى من الاستجابة للضغط، والاستقبال للمساندة الاجتماعية، والاستهداف للمرض.

هل التعلق غير الآمن للراشدين يرتبط مع مرض الراشدين؟

يمكن أن يصنف نموذج التعلق غير الآمن الخاص بالراشدين بشكل موثوق فيه باستخدام مقابلة التعلق الخاصة

بالراشدين، فى حين أن أبعاد التعلق الآمن تقاس بعدد من أدوات التقرير الذاتي. وفى حين أن تعلق الراشدين قد تمت دراسته فى علاقته بالمرض النفسى، فقد وجد فحص أقل للعلاقة بين تعلق الراشدين والمرض البدنى. ففى آلام الرقبة يكون التعلق المتجنب Avoidant attachment ممثلاً قوياً مقارنة بالمجموعات الضابطة العادية.

وفى التهاب القولون المتقرح Ulcerative colitis، يكون التعلق المتجنب (الثقة القهرية فى الذات) التى تقاس بواسطة مقياس التعلق المتبادل أكثر انتشاراً فى المجموعة الفرعية للمرضى الذين تنقصهم علامة جسم مضاد من مجموعة فرعية مماثلة إكلينيكيا لمرض التهاب القولون المتقرح ذوى تلك العلامة. وتؤخذ هذه النتيجة كتأكيد تجريبى لفرض خاص بمسارات مرضية مميزة فى هاتين المجموعتين.

ويعتبر الإحساس بالالتحام والترابط Sense of coherence مفهوماً يصف استعداداً نفسياً لضغوط الحياة. ويصف الإحساس بالتلاحم ثقة شخص فى قدرته على إدارة المثيرات فى بيئته الداخلية والخارجية، وبذلك يواجه الضواغط بفاعلية. وقد وجد ارتباط منخفض بين الإحساس بالتلاحم ومرض القلب التاجي لدى الرجال.

هل عوامل المخاطرة فى الطفولة بالنسبة للتعلق غير الآمن متلازمة مع مرض الراشدين؟

إن اختبار المنظور الأفضل لتأثير تعلق غير آمن على مرض الراشدين سيكون تحديد التعلق الآمن لدى الأطفال وتتبعهم حتى الرشد. ومثل هذه الدراسات لا تكون متاحة لدى البشر، رغم حقيقة أن بعض مجموعات الأطفال الملاحظين فى المواقف الغريبة ليسوا أكبر الآن بما يكفى لإمكان فحص حالتهم الصحية كراشدين. وتوجد دراسات أجريت على الحيوانات ودراسات مباشرة أقل أجريت على البشر، تتناول الإجابة على هذا التساؤل.

إن إحدى الاستراتيجيات النافعة بالنسبة للبشر لفحص هذه العلاقة، هى النظر إلى أحداث الطفولة التى غالباً ما تكون نُذراً لتعلق غير آمن. ويساند الدليل الملاحظات الإكلينيكية بأن خبرات الصدمات، والإهمال، والفقد الوالدى، والانفصال يزيد مخاطرة التعلق غير الآمن لدى الطفل. وفى حين أن التعلق الآمن هو نتيجة تفاعل معقد بين الطفل وراعيه وبيئته، وليس كل الأطفال المصدومين يصبحون متعلقين بشكل أمن، فالصدمات يمكن أن تفهم كمثل أكثر الاختبارات إثارة لنظام الطفل الراعى.

إن دراسة النُذر المحتملة للتعلق غير الآمن تعتبر هامة لأن الأحداث مثل الصدمات والموت الوالدى يمكن أن تقرر بشكل استعادى (يتم تذكره) بثقة أكبر من تقارير ذات صفة ذاتية لتعلق

الطفل الوالد. وتسمح دراسة نُذر عدم الأمان باستدلالات سببية تتم بخصوص التعلق فى غياب دراسات منظورية. وتقدم دارسة كبيرة جداً عن مرضى طبيين ذوى ممارسة أولية دليلاً قوياً بالنسبة للارتباط بين نُذر التعلق غير الآمن وأمراض الراشدين. وكانت عوامل المخاطرة التى تم تقييمها هى إساءة نفسية أو بدنية أو جنسية، أو عنف ضد الأم، والحياة مع أفراد أسرة كانوا مسيئين لاستخدام المواد المؤثرة نفسيا (العقاقير المخدرة). وكانت عواقب الأمراض التى درست هى مرض رئوى مزمن ومرض الكبد. ففى ٩٥٠٨ مريضاً، وجدت علاقة متدرجة بين عدد عوامل المخاطرة الأسرية المقررة فى الطفولة على نحو استعادى ومرض الراشدين.

ثامناً: محن الطفولة واضطرابات الأكل فى المراهقة

Childhood Adversities and Eating Disorders in Adolescence

تساهم محن الطفولة فى تفاقم اضطرابات الأكل. فالأفراد ذوو اضطرابات الأكل أكثر احتمالاً من أولئك بدون اضطرابات طفولة أخرى مزمنة أو عرضية، وعلاقات مثيرة للمشاكل مع والديهم. وقد مكنت هذه البيانات الباحثين من توليد فروض عن دور محن الطفولة فى تفاقم اضطرابات الأكل.

تاريخ الإساءة وسلوكيات الأكل المضطرب

إن الغالبية العظمى من البحث الذى فحص الارتباط بين الأكل المضطرب والإساءة قد عانى بشكل كبير، باستثناء نمط الإساءة الجنسية فى علاقتها باضطرابات الأكل. وعلى الرغم من ذلك، فإن الباحثين قد بدأوا حديثاً فى فحص الارتباط أو العلاقة بين الأشكال اللاجنسية للإساءة فى الطفولة وسلوكيات الأكل المضطرب.

الإساءة الجنسية واضطرابات الأكل:

أوضحت الدراسات التى أجريت فى مجال اضطرابات الأكل، أن هناك علاقة موجبة جوهرية بين الإساءة الجنسية واضطرابات الأكل. كما أوضحت تلك الدراسات أن النساء المساء إليهن جنسياً فى الطفولة ينمون مشاعراً بالدونية ويتقززن من

أنوثتهن وجنسهن كإناث والتى قد يعبرن عنها بعدم الرضا عن صورة الجسم، مما يؤدى إلى اضطرابات الأكل.

وعلى الرغم من تلك العلاقة بين الإساءة الجنسية فى الطفولة واضطرابات الأكل، إلا أن هذه العلاقة جاءت ضعيفة حيث يقترح بعض الباحثون أن تلك العلاقة غير جوهرية، ووجدوا أن مستويات أعلى من سلوكيات الأكل المضطرب كانت متعلقة بمستويات أعلة من الاختلال الوظيفى للأسرة Family dysfunction ، وهذا يجعلنا نهتم بإلقاء الضوء على الحاجة لتقويم إضافى للتأثير المحتمل لكل من الإساءة والأداء الأسري على اضطراب الأكل.

الإساءة البدنية والانفعالية واضطرابات الأكل:

تناول بحث قليل مساهمة الإساءة البدنية والانفعالية فى اضطرابات الأكل. ورغم ذلك، ففى الدراسات القليلة التى فحصت الارتباط بين الأشكال غير الجنسية للإساءة فى الطفولة وسلوكيات الأكل المضطرب، وجد الباحثون، بصفة عامة، أن الأفراد ذوى اضطرابات الأكل يقررون معدلات أعلى من الإساءة البدنية والانفعالية فى الطفولة من الأفراد الذين بدون اضطرابات أكل.

وقد أوضحت إحدى الدراسات أن معدلات الإساءة البدنية والانفعالية كانت أعلى بشكل دال لدى النساء ذوات الشره المرض Bulimia nervosa الحالى أو السابق مما كانت لدى النساء

بدون تاريخ من اضطرابات الأكل.

كما أوضحت دراسة أخرى حديثة، أن العلاقة بين أنماط متنوعة من الإساءة فى الطفولة وسلوكيات الأكل المضطرب كانت جوهرية. وقد كانت الإساءة الانفعالية أكثر منبئا باضطرابات الأكل (أنظر: Mzzeo & Espelage, 2002).

تاسعاً: الإساءة فى الطفولة والاعتماد على العقاقير فى المراهقة

Childhood Abuse and Drug Dependency in Adolescence

أوضحنا فى الفصل الأول أن من أهم سمات الأسرة المسيئة للأطفال وجود عنف بين الزوجين ووجود استخدام للمواد المخدرة لدى أفراد الأسرة الراشدين.

وهكذا نجد أن العوامل الأسرية تلعب دوراً جوهرياً فى تعاطى المخدرات، فالأسرة الفاشلة تنتج أبناء فاشلين، فهى أسرة فاشلة لأنها فشلت فى أن تحقق السعادة لطرفيها الأساسين (الزوج والزوجة) وفشلت فى أن تمد أطفالها بالسعادة ..... ولا شك أن مشاعر الإحباط تسيطر على كل أفراد هذه الأسرة لأنهم جميعاً فى قرارة أنفسهم يشعرون بفشلهم فى أداء دورهم الطبيعى للحياة.

والإبن المدمن هو أحد مظاهر الأسرة الفاشلة، فنسبة الإدمان بين الأبناء ترتفع فى الأسر الفاشلة. وفشل الأسرة مسئولية مشتركة وليست المسئولية الكاملة لأحد الزوجين، فقد يكون أحدهما البادئ أو قد يتحمل نصيباً أكبر ولكن بلا شك فإن الطرف الآخر استجاب بطريقة تدعو إلى مزيد من الفشل ولا تدع مجالاً للإصلاح (عادل صادق، ١٩٨٦).

ويذهب (محمد عبد المقصود، ١٩٨٨) إلى أن التفكك الأسرى وعدم الاستقرار العائلى، والاضطراب الذى يصيب حياة أفرادها يلعب دوراً كبيراً فى دفع الأبناء إلى الإدمان وخاصة إذا كانوا فى مرحلة المراهقة التى تتسم بالتغيرات المفاجئة والحاجة إلى الإحساس بالقوة ......والمخدرات – من وجهة نظرهم – تمنحهم الإحساس بالقوة، وهذه المرحلة فى بداية مواجهة الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات ويجدون الهروب فى المخدرات.

فالارتباط الأسرى الضعيف وعدم الامتداح الواضح للسلوك الجيد، وقلة الإقناع، وقلة التقارب، وقلة الدفء العاطفى، والمرض العقلى للوالدين، والطلاق، والانفصال، هى عوامل مهيئة لتعاطى الشباب للمخدرات (Jaynes, 1988).

وتلعب التنشئة الاجتماعية دوراً هاماً فى تعاطى الأطفال للكحوليات والعقاقير المخدرة حيث ترتفع نسبة الإدمان بين الأبناء حينما يكون أحد الوالدين مدمناً.

إضافة إلى ذلك، فإن السلوك الوالدى كما يقاس بالدفء، وعدائية الوالدين، والتسامح الوالدى لتعاطى الكحول يفسر غالباً التباين فى سلوكيات تعاطى العقاقير والكحول، وجناح الأحداث، أو أساليب التكيف المختلفة.

فالبرغم من أن التعاطى الوالدى للكحول (المنذجة)

Modeling هو محدد هام لتعاطى الطفل للكحول، إلا أن هذا التأثير يعتبر ثانويا بالنسبة للأسلوب الوالدى العام عند بحث المحصلات النهائية.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين الأسلوب الوالدى وتعاطى المخدرات. فالآباء الرحماء المفروض وجودهم يقل أن يكون لديهم أبناء يستخدمون مواد مخدرة، وأن المراهقين الذين لا يتعاطون مواد مخدرة، يتلقون حباً ثابتاً من الوالدين بعكس متعاطى المواد المخدرة الذين أوضحوا ولاحظوا عدائية الوالدين لهم. كما أوضحت بعض الدراسات أن هناك علاقة موجبة بين مساعدة الوالدين الكبيرة والرعاية والغذاء وبين انخفاض تعاطى الكحول لدى الشباب. وكذلك أوضحت الدراسات وجود علاقة وثيقة بين الإساءة فى الطفولة وإدمان العقاقير المخدرة فى المراهقة والرشد، وقد كان الإهمال الانفعالى والبدنى أكثر المنبئات بتعاطى المواد المخدرة فى المراهقة والرشد.

مراجع الفصل الرابع:

١. عادل صادق (١٩٨٦). الإدمان له علاج، القاهرة، أخبار اليوم.

٢. محمد عبد المقصود (١٩٨٢). المخدرات بين الوهم والحقيقة، القاهرة، الهيئة العامة للاستعلامات.

3. Allison, S., Pearce. D., & Miller, k. (1995). Parental influence, Pessimism and

adolescent suidcidality. Archives of suicide Research, 21 , 20 – 25.

4. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
5. Barach, P. (1991). Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder. Dissociation, 4, 117 – 123.
6. Beck, A. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
7. Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. Psychoanalytic Stuoly of the child, Vol. 29, 107 – 157.
8. Blatt, S., & Homan, E. (1992). Parent – child Interactive in the Etiology of Depression. Clinical Psychology Review, Vol. 12, 47 – 91.

9. Blatt, S., & Shichman, S. (1983). Tow primary Configurations of Psychopathology. Psychoanalysis and Contemporary Thought, Vol. 6, 187 – 254.

10. Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Separation, and depression. New York. Basic Books.

11. Brodsky, B., Ellis, S., & Haos, G. (2001). The Relationship of Childhood abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in adults with major depression. The American Journal of Psychiatry, 158, 187 – 197.

12. Janet, P. (1907). The major Symptoms of hysteria. New York: Macmillan.

13. Jaynes. (1988). Adolescents, Alcohol, and Drug. New York: Thomas, C. Book.

14. Johnson, G., Patricia, C., & Brooks, S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood.

The American Journal of Psychiatry, 159, 349 – 400.

15. Ingram, R., Miranda, J., & Sega, Z. (1998). Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press.

16. Kluft, R. (1990). Introduction. In R. Kluft (Ed.). Incest. Melated syndromes of adult Psychopathology (PP. 1 – 10). Washington, DC: American Psychiatric Press.

17. Mc Cramie, E., & Bass, J. (1984). Childhood family antecedents of dependency and self – criticism: Implications for depression. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 93, 3 – 8.

18. Maunder, G., & Hunter, J. (2001). Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental contributions to stress and disease. Psychosomatic Medicine, 63, 556 – 567.

19. Mazzeo, S., & Espelage, D., (2002).

Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymila and depression. Journal of Counseling Psychology Vol. 49, 86 – 100.

20. Morgan, A., Gary, m., & Wang, S. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A Prospective investigation. The American Journal of Psychiatry, 158, 1239 – 1247.

21. Rohner, R. (1986). The warmth diemension foundations of parental acceptance – rejection theory. California: Sage publications, INC.

22. Rosenfarb, I., Khan, A., & Mintz, J. (1994). Dependency, experiences. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 103, 669 – 675.

23. Rutter, M, (1990). Psychological resilience and protective mecnism. In J Rolf, A. Masten,

K. Lein, & S. Meintraub (Eds.), Risk and Protective Factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press.

24. Segal, Z. (1988). Appraisal of the self – schema construct in cognitive model of depression. Psychological Bulletin, 103, 147 – 162.

25. Tangney, J. (1995). Recent advances in the empirical study of shame and guiet. American Behavioral Scientist, 38, 1132 – 1155.

26. Waller, N., Putman, F., & Carlson, E. (1996). Types: A taxmetric analysis of dissoiative experiences. Psychological Methods, 1, 300 – 321.

المحتويات

الموضوع	الصفحة
الإهداء	٣
تصدير	٥

الفصل الأول
(إساءة الطفل)

حقائق عن مشكلة إساءة الطفل	٩
الأشكال المتنوعة لإساءة وإهمال الطفل	١٣
الإساءة البدنية	١٤
الإساءة الجنسية	١٦
الإساءة الانفعالية	٢٠
الإهمال	٢٣
قضايا قانونية وأخلاقية تواجه الإكلينيكى الذى يتعامل مع العميل المُساء إليه	٢٨
عوامل المخاطرة وعلامات النذر الخاصة بإساءة وإهمال الطفل	٣٦
أولاً: عوامل المخاطرة وعلامات النذر الخاصة بالإساءة البدنية	٣٧
ثانياً: عوامل المخاطرة وعلامات النذر الخاصة بالإساءة الجنسية	٤٢
ثالثاً: عوامل المخاطرة وعلامات النذر للإساءة الانفعالية والإهمال	٤٧
الملخص	٥٢
مراجع الفصل الأول	٥٣

الموضوع

الفصل الثاني
(صدمة الطفولة)

أولاً: تعريف صدمة الطفولة

ثانياً: تذكر صدمة الطفولة

الصياغة النظرية ومراجعة التراث فى هذا الموضوع

ثالثاً: تفسيرات صدمة الطفولة

١- نظرية بولبى فى التعلق

٢- نظرية القبول / الرفض الوالدى

مراجع الفصل الثانى

الفصل الثالث
(حساسية الرفض كاستهداف بنيشخصى)

نموذج حساسية الرفض

تصور حساسية الرفض لنظام دافعى دفاعى

مراجع الفصل الثالث

الفصل الرابع
(إساءة الطفولة وعواقبها فى المراهقة والرشد)

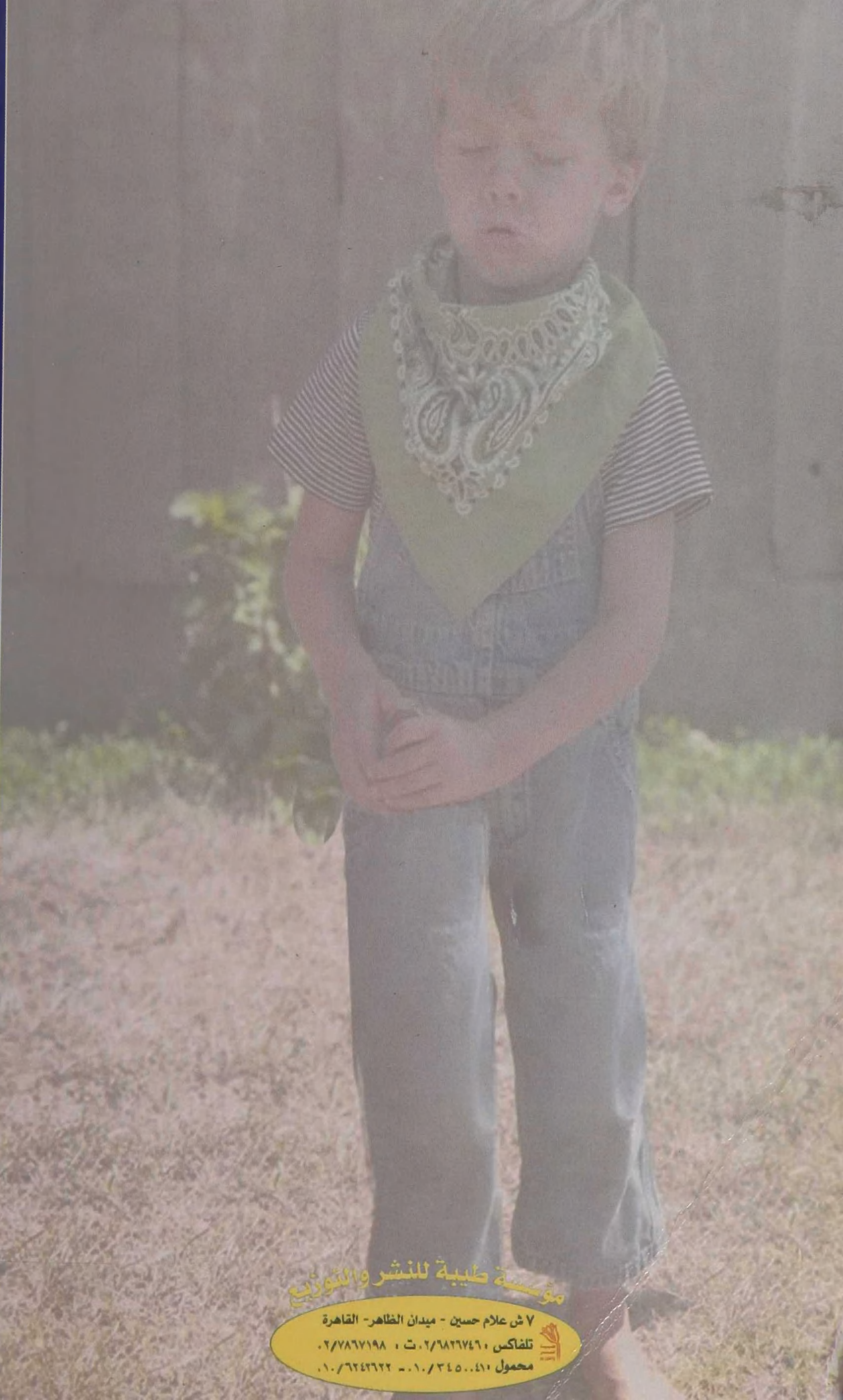
أولاً: التوافق الذى يلي كشف الإساءة الجنسية

ثانياً: إساءة الطفولة والاكتئاب فى الرشد

ثالثاً: اضطراب تعدد الشخصية باعتباره اضطراب تعلق

رابعاً: إساءة الطفولة اضطراب التحول

الموضوع	الصفحة
خامساً: صدمة الطفولة واضطراب الضغط التالى للصدمة	١١٧
سادساً: الإساءة فى الطفولة وسلوك الانتحار فى المراهقة	١٢٠
سابعاً: التعلق والمرض السيكوسوماتى	١٢٢
ثامناً: محن الطفولة واضطرابات الأكل فى المراهقة	١٢٦
تاسعاً: الإساءة فى الطفولة والاعتماد على العقاقير فى المراهقة	١٢٩
المحتويات	١٣٧



مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع

٧ ش علام حسين - ميدان الظاهر- القاهرة
تلفاكس ٠٢/٦٨٢٦٧٤٦٠ ، ت ٠٢/٧٨٦٧١٩٨
محمول ٠١٠/٣٤٥٠٠٤١٠ ـ ٠١٠/٦٢٤٢٦٢٢